

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**A FAMÍLIA - ATITUDES DO ENFERMEIRO DE  
REABILITAÇÃO**

**DISSERTAÇÃO**

Eunice Salomé Alves Sobral de Sousa

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## A FAMÍLIA - ATITUDES DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

### DISSERTAÇÃO

Orientação:

Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Co-orientação:

Professora Luísa Maria da Costa Andrade

EUNICE SALOMÉ ALVES SOBRAL DE SOUSA

PORTO | 2011



*Ao meu marido Luís  
e ao meu filho Tiago*



## Agradecimentos

As minhas palavras são de reconhecimento a todas as pessoas que de alguma forma apoiaram a realização deste trabalho e contribuíram para o seu sucesso.

Expresso os meus sinceros agradecimentos, em primeiro lugar à Professora Doutora Maria Manuela Martins, minha orientadora nesta tese de Mestrado, pela feliz oportunidade que me deu de realizar este trabalho e pela sua orientação sábia e ponderada. Agradeço também especialmente à Professora Luisa Andrade pela sua prontidão em assumir a coorientação deste estudo e cujos esclarecimentos e observações constituíram um precioso contributo. Sou grata por todo o apoio e disponibilidade que me fizeram conhecer, pela compreensão que sempre demonstraram e pela confiança que depositaram em mim, sem os quais o êxito deste trabalho não seria o mesmo.

À instituição palco desta investigação, na pessoa do Enfermeiro Director, pela efectiva colaboração demonstrada.

À Enfermeira Laura Gonçalves, pelo incentivo, pela condescendência e pela amizade que superou uma sólida relação profissional.

Ao Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pela autorização de utilização da escala IFCE-AE (Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros).

Ao Professor Doutor Pedro Cunha e ao Professor Doutor José Manuel dos Santos, docentes e investigadores na Universidade Fernando Pessoa, pela possibilidade de aplicação das escalas ROCI-II (*Rahim organizacional conflict inventory - II*) e ESPE (Escala de *stress* profissional dos enfermeiros), respectivamente, assim como pelas importantes sugestões bibliográficas disponibilizadas.

À Professora Doutora Eva Benzein da Linnaeus University, pelo interesse e incentivo demonstrados por este trabalho.

A todos os Enfermeiros que colaboraram no estudo, respondendo ao instrumento de colheita de dados que o possibilitou.

Aos meus amigos de profissão, em especial aos da Reabilitação, pela partilha de experiências e pela boa disposição.

Aos meus irmãos e cunhadas pela ajuda, pelos artigos e livros que me fizeram chegar.

Aos meus pais e aos meus sogros pelo apoio sempre presente, a mim e à minha família.

Ao meu marido Luís, pelos momentos ausentes, mesmo estando presente e por toda a ajuda e compreensão. Também pelas opiniões esclarecidas e pela colaboração na revisão do texto. Sem o seu apoio, dificilmente tinha conseguido...

Ao meu filho Tiago, de seis anos, que ao assistir a tanto trabalho, desistiu de ser enfermeiro!

*A maior descoberta da minha geração,  
é que qualquer ser humano pode mudar de vida,  
mudando de atitude*

*William James*



## Siglas e Abreviaturas

AVC - Acidente Vascular Cerebral  
CIE - Conselho Internacional de Enfermeiras  
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CSP - Cuidados de Saúde Primários  
DGS - Direcção-Geral da Saúde  
DP - Desvio Padrão  
DR - Diário da República  
ed - Edição  
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto  
ESPE - Escala de *Stress* Profissional dos Enfermeiros  
gl - Graus de liberdade  
H - Teste estatístico de Kruskal-Wallis  
HGSA - Hospital Geral Santo António  
ICN - *International Council of Nurses*  
IFCE-AE - Escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros  
INE - Instituto Nacional de Estatística  
M - Média  
n - Número de Casos  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
p - Nível de Significância  
QI - Quociente de Inteligência  
RAM - Região Autónoma da Madeira  
REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro  
ROCI-II - *Rahim organizational conflict inventory - II*  
Rs - Correlação Ró de Spearman  
SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*  
U - Teste estatístico de Mann-Whitney  
UNIESEP - Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Vol. - Volume  
WHO - World Health Organization  
 $\chi^2$  - Qui-quadrado

## RESUMO

A presença da família em meio hospitalar é hoje uma realidade, que surge no desenvolvimento de uma lógica de humanização das instituições. No entanto, a sua presença física nem sempre é sinónimo de envolvimento ou participação nos cuidados.

É reconhecido que na interação enfermeiro / família são produzidos conhecimentos, estratégias e recursos facilitadores das transições doença / saúde. A plena reintegração, o grande objectivo dos enfermeiros de reabilitação, não acontece de forma indissociável da família. Estes profissionais, pela sua formação adquirem competências conceptuais e executivas específicas no cuidado à família, com capacidade de intervenção ao nível cognitivo, afectivo e comportamental. Uma boa atitude para com os familiares é a base de uma sólida relação terapêutica. Do contacto diário com os familiares podem surgir situações de conflitos que geridos positivamente reforçam o cuidado em parceria. Uma atitude autoritária e o recurso a estilos de gestão de conflitos menos construtivos, potenciam as diferenças e os desentendimentos entre as partes, aumentando o *stress* ocupacional, um fenómeno com repercussões graves entre estes profissionais.

Esta pesquisa é um estudo de caso, pois procura conhecer as particularidades de um grupo profissional - os enfermeiros, num centro hospitalar do país. Através de um estudo exploratório, descritivo e correlacional pretende-se identificar as diferenças entre os especialistas de reabilitação e os restantes enfermeiros, na atitude e no estilo de gestão de conflitos utilizados face à família e a sua tradução na percepção dos acontecimentos causadores de *stress* para estes profissionais. Para a colheita de dados, recorreu-se às escalas IFCE-AE (Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros), ROCI-II (*Rahim organizational conflict inventory - II*) e ESPE (Escala de *stress* profissional dos enfermeiros).

Os resultados obtidos evidenciam que a idade, a experiência profissional, a formação em enfermagem de família e as experiências anteriores com familiares gravemente doentes influem para que os inquiridos (n=480) apresentem uma atitude positiva perante a família, no entanto estas variáveis não são determinantes na atitude dos especialistas de reabilitação. Estes profissionais quando comparados com os restantes enfermeiros revelam diferenças significativas em considerar a “família como parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “um recurso nos cuidados de enfermagem”. A análise dos estilos de gestão de conflito indica que os especialistas de reabilitação recorrem com maior frequência aos estilos “integração” e “servilismo”, comparativamente com os restantes enfermeiros. Não se identificaram diferenças entre os grupos na frequência com que perceberam os acontecimentos causadores de *stress* ocupacional.

**Palavras-chave:** Família; Enfermeiro; Especialista de Reabilitação; Atitude; Estilos de Gestão de Conflito; *Stress* Ocupacional.

## **The family - Attitudes of rehabilitation nurse**

### **ABSTRACT**

The presence of the family in hospital is nowadays a reality, which appears in a logical development of the humanization of the institutions. However, their physical presence is not always synonymous of involvement or participation in care.

It is recognized that from the interaction nurse versus family are produced knowledge, strategies and resources which facilitates the health and illness transitions. The full reintegration, a major goal of rehabilitation nurses, does not occur indissociably from family. These professionals, by them education, acquire conceptual and operational skills, specific in family care, with ability to intervene at cognitive, affective and behavioural levels. A good attitude towards the family is the basis of a solid therapeutic relationship. From the daily contact with family, it may arise conflict situations, which positively managed reinforces the partnership care. An authoritarian attitude and the use of conflict management styles less constructive, leverage the differences and disagreements between the parties, increasing the occupational stress, a phenomenon with serious repercussions among these professionals.

This research is a case study, because it seeks to know the characteristics of a professional group - nurses, in a hospital of the country. Through an exploratory, descriptive and correlational research, intend to identify the difference between rehabilitation specialists and other nurses, in the attitude and style of conflict management used towards the family and its translation in the perception of events that cause stress for these professionals. For data collection, it were used the scales IFCE-AE (Importance of families in nursing care - nurses' attitudes), ROCI-II (Rahim organizational conflict inventory - II) and ESPE (Nursing stress scale).

The results show that age, experience, training in family nursing and previous experiences with relatives seriously ill, influence that the respondents (n=480) demonstrate a positive attitude towards the family, however, these variables are not determinants on the rehabilitation specialists attitude. These professionals, when compared with other nurses, show significant differences in considering the "family as a conversational partner and a coping resource" and "a resource in nursing care". The analysis of the styles of conflict management suggests that rehabilitation specialists recur more frequently to the style of "integrating" and "obliging", compared with other nurses. It was not identified differences between groups, in the frequency with which they perceived events that cause occupational stress.

**Keywords:** Family; Nurse; Rehabilitation Specialist; Attitude; Styles of Conflict Management; Occupational Stress.

## ÍNDICE DE CONTEÚDOS

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I - A FAMÍLIA COMO FOCO DA ATENÇÃO DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>15</b>
1. A Transição na Família .....	24
1.1 As Vivências da Família no Hospital .....	29
2. A Assistência de Enfermagem em Contexto Hospitalar .....	33
2.1 Estar com a Família - Processos de Trabalho.....	40
2.1.1 Atitude do Enfermeiro Face à Família .....	46
2.1.2 Gestão do Conflito na Relação Enfermeiro / Família .....	50
2.1.3 Stress Ocupacional dos Enfermeiros.....	57
<b>CAPÍTULO II - OS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO E A FAMÍLIA. QUE</b>	
<b>DIFERENÇA? ESTUDO DE CAMPO.....</b>	<b>63</b>
1. Percurso Metodológico .....	64
1.1 Variáveis em Estudo .....	66
1.2 População .....	71
1.3 Processos de Colheita de Dados.....	72
1.4 Procedimentos Éticos.....	79
2. Respostas Percebidas pelos Enfermeiros Face à Família em Contexto	
Hospitalar - Apresentação de Resultados.....	80
3. Diferenças entre os Enfermeiros e os Especialistas de Reabilitação -	
Discussão de Resultados.....	94
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>109</b>
<b>REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>129</b>
Anexo I: Cronograma .....	131
Anexo II: Questionário .....	135
Anexo III: Aprovação para a realização do estudo.....	143

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Stressores horizontais e verticais da família.....	22
FIGURA 2: Estágios do ciclo de vida familiar de Duvall .....	23
FIGURA 3: A teoria das transições.....	25
FIGURA 4: Diagrama ramificado do Modelo de Calgary de avaliação da família.....	43
FIGURA 5: Modelo bidimensional de estilos de administração de conflitos .....	54
FIGURA 6: Modelo da pesquisa.....	63

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Variável - Atitude do enfermeiro face à família.....	67
TABELA 2: Variável - Estilos de gestão de conflito entre o enfermeiro e a família .....	68
TABELA 3: Variável - Stress ocupacional dos enfermeiros.....	69
TABELA 4: Variáveis sócio - demográficas dos participantes.....	70
TABELA 5: Variáveis profissionais dos participantes .....	71
TABELA 6: Consistência interna da escala IFCE-AE.....	74
TABELA 7: Consistência interna da escala de conflito ROCI-II .....	76
TABELA 8: Consistência interna da escala de <i>stress</i> profissional dos enfermeiros .....	78
TABELA 9: Características sócio - demográficas dos enfermeiros participantes.....	81
TABELA 10: Características profissionais dos enfermeiros participantes.....	81
TABELA 11: Fontes de formação em enfermagem de família.....	82
TABELA 12: Relação entre a idade e a formação em enfermagem de família.....	83
TABELA 13: Descrição da atitude do enfermeiro face à família.....	83
TABELA 14: Correlações de <i>Ró</i> de Spearman entre as dimensões da IFCE-AE .....	84
TABELA 15: Descrição dos estilos de gestão de conflito entre o enfermeiro e a família .....	84
TABELA 16: Correlações de <i>Ró</i> de Spearman entre as dimensões do ROCI-II .....	85
TABELA 17: Correlações de <i>Ró</i> de Spearman entre as dimensões da IFCE-AE e do ROCI-II .....	86
TABELA 18: Descrição das causas de <i>stress</i> ocupacional dos enfermeiros .....	87
TABELA 19: ESPE Item 15 - Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente, nas suas necessidades emocionais .....	87
TABELA 20: Relação entre o sexo e a atitude do enfermeiro face à família .....	88
TABELA 21: Relação entre a idade e a atitude do enfermeiro face à família .....	89
TABELA 22: Relação entre a experiência profissional e a atitude do enfermeiro face à família.....	90
TABELA 23: Relação entre as habilitações académicas e a atitude do enfermeiro face à família.....	91

TABELA 24: Relação entre a formação em enfermagem de família e a atitude do enfermeiro face à família.....	92
TABELA 25: Relação entre as experiências anteriores com familiares gravemente doentes e a atitude do enfermeiro face à família.....	93
TABELA 26: Características sócio - demográficas dos enfermeiros de reabilitação.....	94
TABELA 27: Características profissionais dos enfermeiros de reabilitação.....	95
TABELA 28: Relação entre o título profissional e a atitude do enfermeiro face à família .....	96
TABELA 29: Relação entre o sexo e a atitude do enfermeiro de reabilitação face à família .....	97
TABELA 30: Relação entre a idade e a atitude do enfermeiro de reabilitação face à família .....	98
TABELA 31: Relação entre a formação em enfermagem de família e a atitude do enfermeiro de reabilitação face à família.....	100
TABELA 32: Relação entre o título profissional e os estilos de gestão de conflitos entre o enfermeiro e a família .....	102
TABELA 33: Relação entre o título profissional e o <i>stress</i> ocupacional dos enfermeiros .....	105

## INTRODUÇÃO

O progresso científico e o avanço tecnológico têm contribuído de forma decisiva para o desenvolvimento da área da saúde, possibilitando a garantia da qualidade de assistência e consequentemente melhorar o estado de saúde das populações. A doença, eixo estruturante em torno do qual a actividade hospitalar tradicionalmente se organiza, perde protagonismo para a saúde, descrita como um conceito positivo, um recurso para a vida, um estado de harmonia e de equilíbrio com o meio físico, biológico e social, compatível com a plena actividade funcional (Rey, 2006). Esta visão ecológica reporta à concepção holística do ser humano nas suas múltiplas dimensões, onde naturalmente o sistema familiar ocupa um lugar de destaque.

Considerada como a primeira unidade social, a matriz de identidade, a sede dos afectos, a família apresenta como função primordial o suporte e a protecção dos seus membros. Em situações de doença, os inúmeros recursos familiares são activados no sentido de garantir o apoio e a resposta às necessidades específicas dos seus membros (Stanhope, 1999). Assim se depreende que a doença de um elemento tenha impacto sobre todo o funcionamento familiar, da mesma forma que a própria família afecta particularmente o estado de saúde dos seus membros (Martins, 2002).

Há cerca de uma década que as interacções doença / família vêm a ser observadas nos hospitais, permitindo uma percepção mais integral dos cuidados e o advento de novos domínios terapêuticos, centrados em conhecimentos psicossociais. A presença dos familiares é entendida como um factor de humanização das instituições e parte integrante da componente assistencial, sendo desta forma declarada um direito do doente (Portugal, 2000). Este abrir de portas permite que a família se mantenha próxima em situações de crise acidental como a doença e em momentos importantes do seu ciclo de vida, como o nascimento e a morte.



A enfermagem assume o compromisso de incluir a família nos cuidados de saúde (Wright e Leahey, 2005), reconhecendo que da relação enfermeiro / família são produzidos conhecimentos, estratégias e recursos que permitem a ocorrência de transições positivas. A formação especializada contribui para que os enfermeiros de reabilitação adotem eficazmente a perspectiva sistémica do cuidado, considerando o doente, a família e o ambiente partes integrantes e indissociáveis dos seus processos de decisão. A capacitação para o cuidado constitui uma área de excelência do trabalho destes profissionais, com ganhos em saúde bem visíveis no que respeita à promoção da autonomia, ao planeamento das altas, à continuidade de cuidados e à plena reintegração nos contextos vivenciais (Regulamento n.º 125/2011).

A atitude dos profissionais é determinante na qualidade das relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a família, sendo reconhecido que uma atitude de suporte favorece o desenvolvimento de um trabalho de parceria, de partilha e de co-responsabilização entre os intervenientes (Benzein, 2008b). Uma postura positiva perante a família implica considerar os seus saberes, as suas crenças e o seu poder de decisão em todo o processo terapêutico, mesmo em situações de divergência de opinião.

O conflito é uma consequência natural e inevitável das relações interpessoais, ao que não fica imune o contacto diário dos enfermeiros com as famílias. Resulta de um antagonismo entre as partes, manifesta-se com sentimentos de hostilidade e quando não é gerido de forma eficaz pode conduzir a resultados muito negativos (Cunha e Silva, 2010). Uma relação igualitária como se pressupõe ser a do enfermeiro com a família, privilegia a adopção de técnicas negociais para a resolução construtiva dos conflitos, com ganhos evidentes para as partes envolvidas, em detrimento de estilos com grandes assimetrias de poder como a dominação ou pautados por atitudes de negação e fuga ao conflito, como a evitação (Rahim, 2002).

A comunicação assertiva é considerada a pedra basilar do cuidado à família, funcionando como profilática no despoletar de crises com os profissionais. A doença e o internamento hospitalar apresentam-se como momentos de *stress* e desespero para a família, podendo originar comportamentos conducentes a incompatibilidades graves com a equipa de saúde, constituindo mais uma fonte de *stress* ocupacional.

“Estar” com a família, prestar cuidados mais dirigidos e globalizantes são naturalmente dimensões gratificantes no trabalho de enfermagem. Para um

envolvimento mais profundo torna-se importante considerar as características do enfermeiro, o conhecimento da doença e sobretudo as particularidades de cada família.

A investigação é o motor de evolução da enfermagem, enquanto profissão, ciência, disciplina e arte. Dela imerge a renovação do conhecimento essencial para a contextualização do campo de intervenção, que compreende a promoção da saúde, a prevenção da doença e o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital no contínuo saúde/doença (ICN, 1999). A prática baseada na evidência e na pesquisa científica é segundo Polit (2004) promotora de altos padrões de qualidade dos cuidados e o caminho para o fortalecimento da identidade da enfermagem.

Um estudo de investigação relevante para a teoria e prática de enfermagem de família tem que considerar, na perspectiva de Barbiéri (2002), os sentimentos e as atitudes dos enfermeiros sobre a família, tendo em vista a utilização dos resultados ao serviço de uma maior saúde familiar.

Esta pesquisa intitulada “A família - Atitudes do enfermeiro de reabilitação” surge com a finalidade de promover uma atitude favorável por parte dos enfermeiros perante a família, proporcionando momentos de reflexão sobre a prática profissional e considerando que a mudança de comportamento pode ser conseguida, com o reforço do conhecimento e disponibilização de informação credível na área da enfermagem de família. Concretiza-se num estudo de carácter quantitativo, que pretende conhecer as eventuais diferenças entre os especialistas de reabilitação e os restantes enfermeiros, na atitude e no estilo de gestão de conflitos utilizados face à família e a sua tradução na percepção dos acontecimentos causadores de *stress* para estes profissionais. O presente relatório apresenta os contornos desta investigação e tem naturalmente por objectivos:

- Descrever a pesquisa bibliográfica que suportou a delimitação do problema de pesquisa.
- Indicar o percurso e as opções metodológicas escolhidas que possibilitaram a concretização do trabalho.
- Expor os resultados alcançados entre os enfermeiros disponíveis para o estudo.
- Discutir os dados obtidos face ao estado da arte no momento de realização desta investigação.

Neste sentido, a dissertação foi organizada em dois grandes capítulos, sendo o primeiro referente à revisão da literatura considerada pertinente para a compreensão das temáticas em estudo. Este ponto designado “A família como foco da atenção em enfermagem”, inicia-se com uma breve descrição sobre a família numa perspectiva sistémica. Prossegue para a análise das transições na família à luz do Modelo das Transições de Meleis, dando-se particular relevo às vivências da família no hospital que particularizam as transições associadas à doença grave e à hospitalização, centrais do estudo. O subcapítulo “Assistência de enfermagem em contexto hospitalar” faz um apontamento sobre as competências dos enfermeiros e dos especialistas de reabilitação, destacando a necessidade de desenvolvimento das competências emocionais. O item seguinte esclarece em que consiste “estar com a família” num hospital. Clarifica o que é afinal a atitude e como se torna determinante para o comportamento dos enfermeiros face à família. O conflito, particularmente os estilos de gestão de conflitos de Rahim (2002) constam do ponto subsequente. O *stress* ocupacional dos enfermeiros termina a revisão da literatura efectuada.

O capítulo II “Os enfermeiros de reabilitação e a família. Que diferença?”, esclarece em primeira análise qual a opção metodológica efectuada, quais os instrumentos de colheita de dados utilizados e a população abrangida pelo estudo. As “Respostas percebidas pelos enfermeiros face à família em contexto hospitalar”, apresentam os resultados obtidos neste estudo, com recurso a técnicas descritivas e à inferência estatística. A diferença entre o especialista de reabilitação e os restantes enfermeiros pode ser observada no ponto seguinte, em resposta à questão orientadora desta pesquisa. Ainda neste ponto, os resultados encontrados são comentados e confrontados com estudos empíricos realizados nestes domínios.

Por último sintetizam-se as conclusões obtidas com esta investigação. As referências e bibliografia são apresentadas posteriormente. Em anexo, encontram-se alguns documentos considerados relevantes, nomeadamente o cronograma, o questionário e a autorização concedida para a realização do estudo.

A consecução deste trabalho foi intersectada por dificuldades relacionadas com alguma inexperiência e questões temporais, sendo que a orientação recebida, o método e o entusiasmo foram os seus grandes impulsionadores. O caminho da pesquisa esteve no centro de toda a actividade, não só nas fases preparatórias, mas também na colheita de dados. Mais do que os resultados obtidos, todo este percurso constituiu um valioso momento de aprendizagem enquanto investigadora.

## CAPÍTULO I - A FAMÍLIA COMO FOCO DA ATENÇÃO DE ENFERMAGEM

A família é uma referência fundamental para o indivíduo. É o primeiro e mais importante grupo social, o habitat natural para desenvolvimento e autonomização dos seus membros. Funciona paradoxalmente, como alavanca na diferenciação individual, na aquisição de personalidade e de características originais e simultaneamente como uma matriz de identidade garantindo em todo este processo o reconhecimento de um sentimento de pertença a uma família específica.

A unidade e unicidade familiar são atributos que asseguram que cada família tem também identidade, sendo impensável a sua descrição apenas com base nos indivíduos que a constituem. Este aspecto é básico no estudo da família, uma vez todas se organizam numa estrutura relacional complexa onde se definem as funções e os papéis de cada um, de acordo com as expectativas sociais. A forma específica e singular como se posicionam, é efectivamente única para aquela família, pelo que *“não há duas famílias iguais, embora todas sejam família e funcionem como tal”* (Relvas, 2000, p. 14).

Apesar de constituir um fenómeno universal, a família tem vindo a assumir diversas formas em consequência das importantes transformações sociais, económicas e políticas vividas. Em Portugal, os indicadores demográficos revelam grandes alterações nas últimas décadas nomeadamente no decréscimo acentuado das taxas de fecundidade com consequente diminuição do número de filhos por casal e dimensão média das famílias, o aumento das pessoas a viverem sós, das famílias monoparentais, dos casais sem filhos, dos núcleos reconstituídos e das famílias com idosos (Leite, 2003).

O Estado Português, reconhece esta realidade e afirma que hoje mais do que nunca, a sociedade é confrontada com constantes mutações, deparando-se com novos desafios que se repercutem no quotidiano dos indivíduos e das famílias. Refere ainda que as políticas de família têm de ser ajustadas permanentemente a

fim de evitar a fragilização da sua estrutura familiar. Desta forma, o Conselho de Ministros aprova um plano de “100 compromissos para uma política da família” considerando-a como “Célula fundamental e um valor inalienável da sociedade”, assim reconhecida pela Declaração Universal dos Direitos do Homem e pela Constituição da República Portuguesa (Resolução do Conselho de Ministros, 2004). Com esta iniciativa, o Governo pretende valorizar a família, destacar as suas funções, realçar os fins que persegue, evidenciar as responsabilidades que lhe incumbem e acima de tudo, dignificar a sua identidade e autonomia, independentemente da forma que assuma.

Martins (2002), refere que o modelo da família nuclear tradicional impôs-se como protótipo da estrutura familiar ideal, mesmo num período onde esta referência nem sempre se adequa às novas organizações familiares. Relvas e Alarcão (2002), partilham a opinião, sublinhando que é a partir da família intacta, que se tende a sinalizar as particularidades e vicissitudes das novas formas de família, garantindo no entanto ser necessário considerar os diferentes modelos de família não por comparação, oposição ou défice face a uma família padrão, mas todos eles assentes no conhecimento fundamentado das suas características mais intrínsecas.

A definição do conceito de família tem ter o alcance de traçar os diferentes retratos familiares presentes na sociedade, valorizando o afecto e a proximidade a par dos critérios mais tradicionais de consanguinidade, adopção e matrimónio. Neste contexto, Boss, (2002) considera a família um sistema, constituído por personalidades que interagem de uma forma contínua, com história e futuro comuns, unidos mais por rituais e por regras que compartilham, do que por motivos de natureza biológica. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIE), descreve a família como um *“conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo colectivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo mais do que os indivíduos e as relações de sangue, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas, que constituem as partes do grupo”* (CIE, 2005, p. 65). Wright e Leahey (2005, p. 68) partilham o ponto de vista e asseguram que na definição de família o importante é o respeito pelas ideias referentes aos relacionamentos significativos e que a família é simplesmente *“(...) quem os seus membros dizem que são”*.

A família assume formas e funções diferentes conforme o tempo e o espaço em que se situa. Stanhope (1999) relaciona as funções familiares com os deveres, com as metas a alcançar para manter a unidade da família, o desenvolvimento dos seus membros e da sociedade. Lauwe e Lauwe (1965) consideram que as famílias desempenham perante a sociedade funções biológicas, económicas, socioculturais, afectivas e espirituais.

Associada à função biológica, a regulação da reprodução, no passado um objectivo essencial das famílias, é agora alvo de algumas controvérsias tais como a gravidez na adolescência, a legalização do aborto e a reprodução medicamente assistida. Em Portugal dados estatísticos revelam que a taxa de fecundidade em adolescentes rondou no ano 2000 os 21,8‰ e que cerca de 4% dos casais viviam situações de infertilidade (INE, 2001).

A função económica prende-se com a sustentabilidade da família e com o consumo de bens e serviços. As grandes mudanças sociais, económicas e políticas têm interferido sistematicamente com esta função familiar. A entrada das mulheres no meio laboral transformou a organização da família. Actualmente a taxa de desemprego ao nível nacional que ronda os 12% (Eurostat, 2011) acarreta questões graves relacionadas com o financiamento familiar.

Dentro das funções sociais e culturais, destaca-se a socialização das crianças, particularmente traduzida no cuidar e criar os filhos. É através desta função, que a família em articulação com as escolas, procura que as crianças adquiram aptidões para mais tarde, em adultos, assumirem o seu lugar no mundo. As funções afectivas da família baseiam-se no facto de que para o desenvolvimento harmónico da personalidade, o indivíduo tem necessidade dum clima afectivo particular, que só a família lhe pode proporcionar. Hanson (2005) descreve que a estabilização da personalidade dos adultos é uma função da família, pois o meio familiar é o local de eleição onde o indivíduo se despe de preconceitos sociais e se comporta de uma forma autêntica.

Por último, a função espiritual que numa componente religiosa continua a ser relevante nas famílias ligadas a uma determinada crença. No entanto Lauwe e Lauwe (1965, p. 482) acreditam que *“(...) independentemente das tendências filosóficas e das crenças dos seus membros, a família continua a constituir um pólo de atracção pelo próprio facto de representar um sinal de esperança e de amor”*.

Para conseguir dar resposta a estas exigências funcionais e ainda assim manter a sua integridade enquanto sistema, a família tem de satisfazer os pré-

requisitos funcionais de adaptação, realização de objectivos, integração e manutenção de padrões de controlo de tensão (Hanson, 2005). A adaptação implica capacidade por parte da família em se ajustar ao ambiente interno (membros da família) e externo (ambiente físico e outros sistemas sociais). O sistema familiar não é simplesmente reactivo às pressões do meio, pois possui capacidade de se manter organizado, num jogo de equilíbrio dinâmico entre a estabilidade e a adaptação (Relvas, 2000). A definição de objectivos é essencial para que a família se comprometa e sinta motivada a procurar os meios adequados à sua concretização. O meio pela qual é conseguida a coesão, a solidariedade e a identidade entre os membros da família é a integração, que se refere exclusivamente a actividades dentro do sistema familiar e que é reforçada através de expressões de afeição, crenças, rituais e tradições familiares. A manutenção de padrões e o controlo da tensão, um último pré-requisito funcional refere-se ao facto de que, nas suas interacções os elementos da família desenvolvem expectativas do modo como cada um se deve comportar. Para que o sistema sobreviva, os membros devem concordar com as regras e com os valores que regem as famílias, mantendo-se no entanto, suficientemente flexíveis para aceitarem algum desvio ou incumprimento que possa ocorrer.

Minuchin et al. (1990) descrevem a família como um sistema aberto, um todo que é mais do que a soma das partes. O sistema familiar faz parte de um supra-sistema mais amplo - como a comunidade onde se insere e é ele próprio constituído por totalidades menores denominadas de subsistemas. O subsistema conjugal surge quando dois adultos se unem com o propósito de formar uma família. A adaptação e aceitação recíproca são aspectos importantes no funcionamento da díade conjugal. Uma das funções deste subsistema, é o desenvolvimento de limites ou fronteiras que protejam o casal da intrusão de outros membros, de modo a proporcionar-lhe a satisfação das suas necessidades psicológicas e o reforço da capacidade para lidar com o *stress* intra e extra familiar. Também se torna vital para o crescimento dos filhos, servindo-lhes de modelo relacional para o estabelecimento de futuras relações de intimidade (Sousa, 2006).

Com o nascimento do primeiro filho surge o subsistema parental e consecutivamente a hierarquia na família. É a partir das interacções pais / filhos que as crianças aprendem a respeitar as fronteiras intergeracionais, o sentido da autoridade, a forma de negociar e de lidar com o conflito no contexto de uma relação vertical. É ainda a este nível que se desenvolve o sentido de filiação e de

pertença. O subsistema parental tem de se ajustar ao estágio de desenvolvimento da criança de forma a potenciar a sua autonomia (Relvas, 2000). Os pais têm a seu cargo actividades relacionadas com o apoio ao crescimento e desenvolvimento das crianças, à sua autonomia, educação e socialização.

O subsistema fraternal refere-se ao estabelecimento de relações entre os irmãos. *“É o primeiro laboratório social, no qual as crianças podem experimentar relações com iguais”* (Minuchin, 1990, p. 63). Neste contexto, as crianças podem desenvolver os seus próprios padrões de negociação, cooperação e competição. *“A criança aprende como fazer amigos e como lidar com os inimigos, como aprender de outros e como obter reconhecimento”* (Martins, 2002, p. 123).

A hierarquização sistémica pressupõe que um indivíduo possa participar em diversos sistemas e subsistemas - individual, conjugal, parental e fraternal, adquirindo em simultâneo diferentes papéis e estatutos, umas vezes complementares, outras vezes antagónicos entre si.

Os papéis familiares podem ser entendidos como padrões estabelecidos de comportamentos dos diferentes membros de uma família, face à singularidade de cada sistema familiar (Wright e Leahey, 2005). A este propósito Nye, (citado por Stanhope, 1999) identifica oito papéis a desempenhar pelos cônjuges/adultos num sistema familiar: provedor, dona de casa, prestador de cuidados à criança, socializador, parceiro sexual, terapeuta, organizador de actividades recreativas e finalmente o papel de parente.

O papel de provedor ou de “chefe de família” está referido como necessidade de proteger e assegurar o rendimento familiar. É tradicionalmente atribuído à mulher o papel de dona de casa, que se relaciona com todo o tipo de tarefas domésticas. Prestar cuidados às crianças é outra responsabilidade familiar, que prevê a satisfação das suas necessidades básicas, a educação, a segurança e a diversão. A socialização é importante na interacção entre os diferentes membros da família e com os elementos externos à mesma. O papel sexual abrange a partilha de afectos, o apoio emocional, o interesse pela vida sexual e todos os aspectos relacionados com uma relação satisfatória entre parceiros. O apoio da família em actividades que promovam a saúde, previnam a doença está associado ao papel terapêutico. Reporta-se à vontade sentida entre os membros da família em partilhar as preocupações uns com os outros, à capacidade de escuta, ao envolvimento activo na resolução de problemas e ao apoio emocional. O papel recreativo prende-se com o planeamento de actividades de lazer e ocupação dos tempos livres. As famílias não atribuem responsabilidades recreativas a nenhum



membro em especial, mas é importante que existam, pois promovem a coesão do sistema familiar. O desempenho do papel de parente envolve a manutenção do contacto com a restante família e amigos.

Os papéis familiares modificam-se ao longo das diferentes etapas do ciclo de vida e em situações de crise accidental podem ser abruptamente alterados. Um estudo realizado por Araújo (2010) procurou conhecer as alterações na distribuição dos papéis familiares em famílias com idosos dependentes no domicílio, tendo concluído que no papel terapêutico e no de dona de casa registaram-se valores extremamente elevados. O papel sexual, socializador e recreativo apresentaram frequências moderadas, constituindo áreas de pouco investimento por parte das famílias cuidadoras.

A distribuição dos diferentes papéis familiares tem sofrido alterações decorrentes da modernização da sociedade, esbatendo a dicotomia entre as responsabilidades específicas do homem e a mulher. Uma boa resposta na execução dos papéis familiares é considerada determinante para a satisfação conjugal. A falta de competência pode estar associada por exemplo ao desconhecimento na execução do papel, à ausência de consenso familiar sobre a sua realização, ao conflito por incompatibilidades de papéis, ou até por uma situação de saturação onde se esgotam recursos, tempo e a energia necessários à sua concretização.

O funcionamento da família vai depender da nitidez das fronteiras entre cada subsistema. Famílias emaranhadas têm limites difusos e apresentam um movimento relacional centrípeto, caracterizado por uma postura de fecho sobre si mesmo. Existe uma interdependência de funções e papéis que compromete a diferenciação dos seus membros. Numa família desmembrada, com limites rígidos, a autonomia individual está assegurada, mas não existe lugar para apoio, comunicação e afecto. Entre estes extremos encontra-se a família com limites nítidos ou claros, que se distingue por respeitar o espaço e as funções de cada um, mas que possibilita simultaneamente troca de influências e momentos de apoio entre os membros. Este tipo de limites favorece o desenvolvimento dos seus elementos (Martins, 2002).

Os dois pólos - fronteiras difusas e rígidas, constituem os extremos de uma linha imaginária, onde as famílias se posicionam ao longo de um *continuum*. No decurso do ciclo vital da família, existem momentos em que diversos níveis de emaranhamento são necessários, no intuito de dar resposta às necessidades familiares. É ainda possível, visualizar diferenças significativas no tipo de limites

que caracterizam os vários subsistemas familiares, sem que por isso a família seja considerada problemática ou disfuncional. É o exemplo de uma relação fusional entre a mãe e o seu filho recém-nascido, coincidente com algum distanciamento no casal.

A circularidade comunicacional é outra característica dos sistemas familiares e pode ser observada na forma como o comportamento de um indivíduo afecta e retroactivamente é afectado pelo comportamento de outro. Uma vez que as interações identificam cada família, os sujeitos que a constituem encontram-se num processo de comunicação constante, ao qual não podem subtrair-se. Como referem os filósofos Watzlawick, Beavin e Jackson (1967), autores dos cinco axiomas da comunicação humana, é impossível não comunicar, ou seja, qualquer comportamento tem sempre o valor de mensagem, pelo que o processo de comunicação é constante. Embora se considere a linguagem a forma mais complexa e evoluída da comunicação, ela não se esgota na troca de informações verbais. A postura, os gestos, o tom de voz, a imagem pessoal, até a casa que se escolhe para morar, são consideradas formas de comunicar (Bitti e Zani, 1993). A comunicação saudável na família deve acontecer através da utilização de regras claras, flexíveis, num ambiente relativamente livre de conflitos não resolvidos, onde exista abertura e liberdade de expressão de ideias e sentimentos (Hanson, 2005).

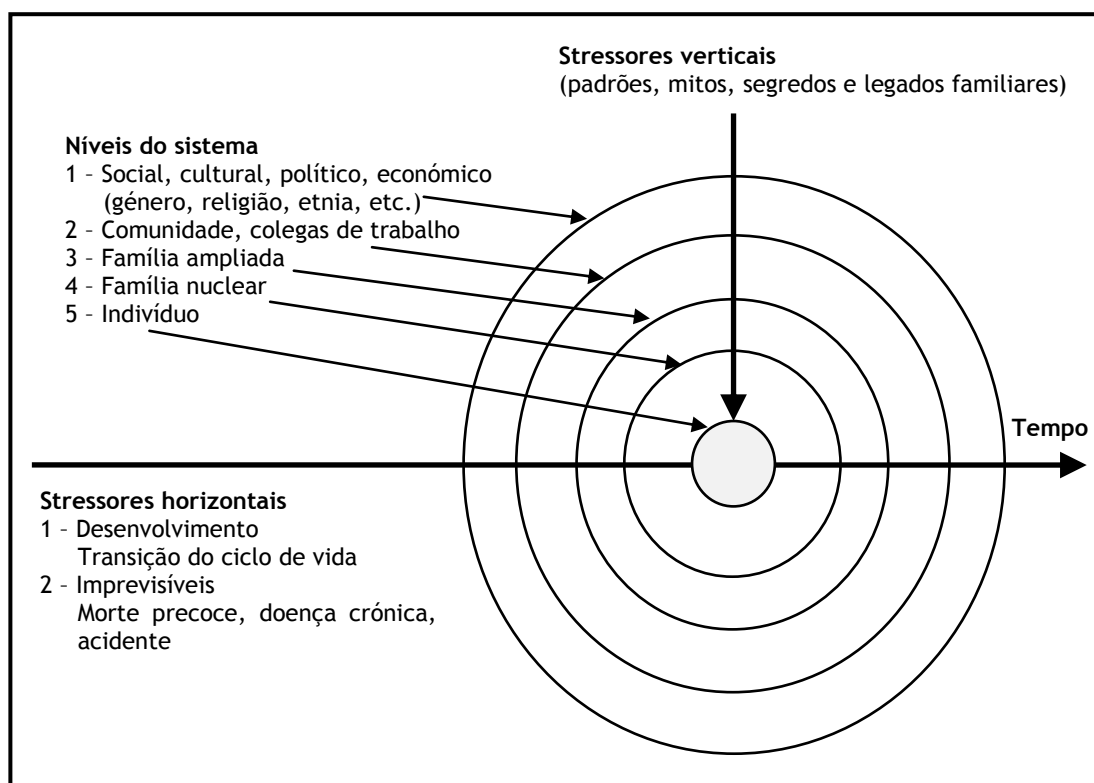
As permutas comunicacionais que apresentam vários graus de simetria e complementaridade, conforme se baseiam na igualdade ou na diferença, são muito úteis para identificar os padrões tipo de interação familiar (Wright e Leahey, 2005). A utilização de um estilo de comunicação simétrico permite aos membros partilharem o que têm em comum, aproximando-os. A complementaridade evidencia as diferenças entre os indivíduos e permite à família uma certa oscilação. A funcionalidade da comunicação passa pela alternância entre estes dois modelos. As mesmas autoras referem que os relacionamentos entre pais e filhos, por exemplo precisam de sofrer alterações graduais no tipo de comunicação adoptada, partindo na infância de um estilo de complementaridade, para na adolescência e vida adulta se adoptar um relacionamento mais simétrico.

A análise da família em termos de estilos de comunicação privilegiados, padrões de interações entre subsistemas, limites e rituais, acontece segundo Relvas (2000) num espaço, num eixo sincrónico eminentemente relacional, capaz de caracterizar e identificar uma família. A autora considera ainda outro eixo - o

diacrónico, do tempo familiar, eminentemente histórico, onde a necessidade de desenvolvimento e de adaptação competem com a tendência para a estabilidade, num jogo de equilíbrio que acontece quer ao nível do quotidiano, quer ao nível da dimensão desenvolvimental e transgeracional.

A Figura 1 apresenta os stressores horizontais e verticais que influenciam a família ao longo do seu ciclo de vida.

FIGURA 1: Stressores horizontais e verticais da família



Fonte: Adaptado de Carter e McGoldricks (2001)

Desta forma e concebida a ideia de que a família é um sistema, uma entidade com semelhanças a um organismo vivo, compreende-se que sofra um processo de desenvolvimento, no sentido da sua evolução e complexificação ao nível funcional, interaccional e estrutural. O carácter desenvolvimentista desta abordagem reside na identificação de uma sequência previsível de transformações na estrutura das famílias, em função da necessidade de responder a um conjunto de tarefas bem definidas, a que se dá o nome de ciclo vital (Relvas, 2000). O ciclo de vida familiar ocorre sob a influência do contexto sociocultural e paralelamente

à maturação individual. Existe uma interacção cumulativa entre a família e os seus membros, que coevoluem no seu processo de formação e crescimento.

Luckman e Sorensen (1996) afirmam que a teoria da família em desenvolvimento tem evoluído consideravelmente desde que o sociólogo Duvall, nos anos 50, concentrou o ciclo de vida familiar numa série de estágios, que vão desde a formação inicial, coincidente com a união por casamento, até à aposentadoria (Figura 2). Aparentemente, esses estágios baseiam-se em questões normativas sobre o aparecimento de novos subsistemas familiares e a idade do filho mais velho.

FIGURA 2: Estágios do ciclo de vida familiar de Duvall

Estágio		Tarefa
Casais sem filhos	→	Estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória; preparação para a gravidez e para a parentalidade
Famílias com recém-nascido	→	Ajustamento às exigências de desenvolvimento de uma criança dependente
Famílias com crianças em idade pré-escolar	→	Adaptação às necessidades e interesses das crianças no sentido da sua estimulação e promoção do desenvolvimento
Famílias com crianças em idade escolar	→	Assumir responsabilidades com crianças em meio escolar; relacionamento com outras famílias na mesma fase
Famílias com filhos adolescentes	→	Facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade; partilha desta tarefa com a comunidade; estabelecimento de interesses pós-parentais
Famílias com jovens adultos	→	Permitir a separação e o lançamento dos filhos no exterior, com rituais e assistência adequada (1.º emprego ou educação superior); manutenção de uma base de suporte familiar
Casal na meia-idade	→	Reconstrução da relação do casal; redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas
Envelhecimento	→	Ajustamento à reforma; aprender a lidar com as perdas (lutos) e a viver sozinho; adaptação ao envelhecimento

Fonte: Adaptado de Relvas (2000)

Existe um número significativo de famílias que se desenvolvem sem obedecerem a este padrão, como por exemplo famílias sem filhos, reconstituídas, homossexuais ou de adopção. Mais uma vez as questões relacionadas com as alterações sociais e demográficas como o controlo de natalidade, o aumento da esperança média de vida, o maior período de dependência dos filhos e o trabalho feminino, condicionam a evolução dita normal do ciclo de vida familiar. Por outro

lado, as etapas descritas de uma forma sequencial e linear, não se adequam à realidade das famílias que frequentemente desempenham em simultâneo, tarefas desenvolvimentais distintas. Assim, a utilização do conceito de ciclo vital deve constituir uma referência na avaliação, sendo sempre necessário atender à individualidade de cada família.

A mudança está sempre presente na vida familiar, obrigando-a a um funcionamento dinâmico. A família está sujeita a flutuações permanentes que, quando ultrapassam a margem de estabilidade, provocam mudanças irreversíveis das quais emerge um novo padrão funcional organizado (Relvas, 2000). Sem estas mudanças, que constituem momentos de crise, o sistema familiar ficaria estagnado, incapaz de se adaptar ao meio envolvente.

A crise conduz naturalmente a um aumento da vulnerabilidade familiar, mas tal como refere Minuchin et al. (1990) ela é simultaneamente ocasião e risco. Pode, eventualmente, evoluir de forma negativa quando os recursos familiares estão diminuídos e a intensidade do *stress* vivenciado pela família ultrapassa a sua capacidade de adaptação e reacção. Mas a crise é vista, de igual modo, como uma ocasião de crescimento, favorecendo o reforço das competências da família.

## 1. A Transição na Família

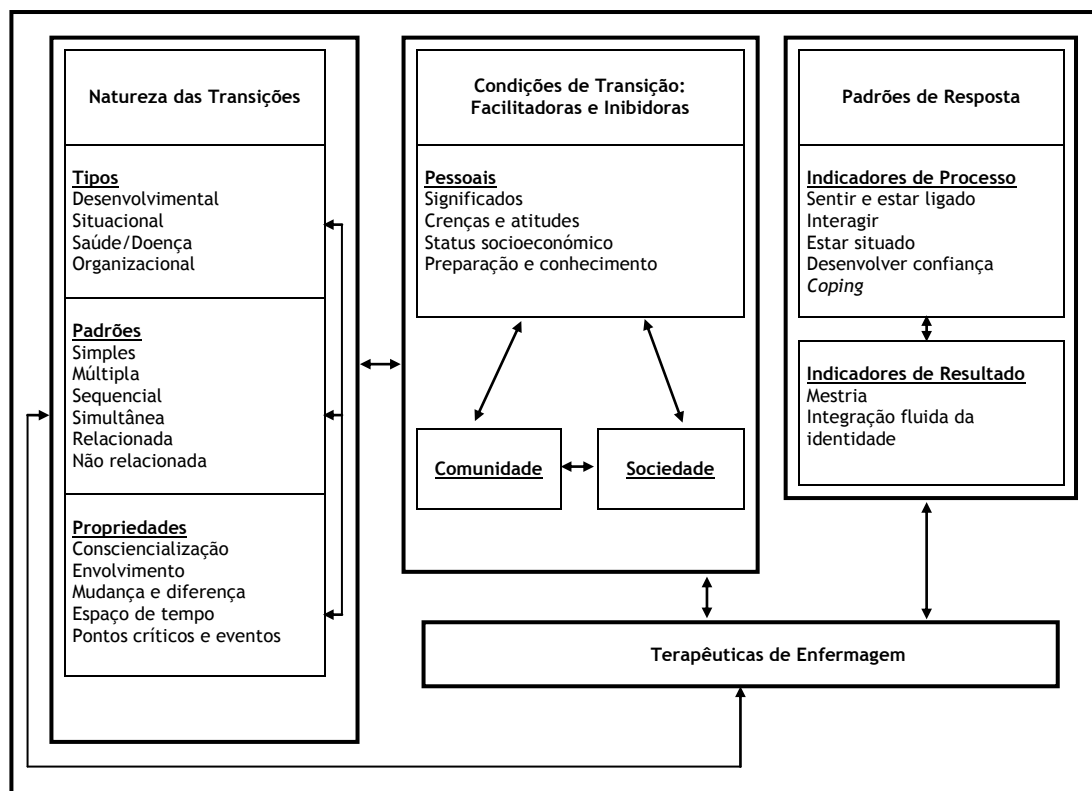
Os processos de transição têm centralizado as pesquisas de muitos teóricos, nas diversas especialidades que estudam a família. Mercer, Nichols e Doyle (1988) descrevem as transições como pontos de mudança que envolvem a aquisição de novos papéis e novas relações e que conduzem invariavelmente a novas autoconcepções. Bridges (2004), corrobora esta ideia e afirma que transição não é apenas uma outra palavra para designar mudança, mas abrange os processos psicológicos envolvidos na adaptação para o acontecimento da mudança ou ruptura, originando mesmo uma auto-redefinição e reorientação interior.

Para a enfermagem, as transições constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa e a família no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida. Grande parte do trabalho dos enfermeiros acontece em momentos de transição, como a gravidez e o período pós-parto, o internamento hospitalar e a alta para o domicílio, a recuperação e reabilitação (Meleis, 2010). Torna-se assim possível ao enfermeiro assumir um papel relevante e assistir as

pessoas nos seus processos de transição, pois ao interagir com os seus clientes, desenvolve uma relação de ajuda e adopta uma atitude facilitadora da transição, tendo em vista promover, restaurar ou facilitar a saúde.

O conceito de transição assume grande centralidade para Schumacher e Meleis (1994), que desenvolvem a designada “teoria das Transições”, propiciando uma estrutura teórica para a disciplina de enfermagem (Figura 3). Apesar do aparente enfoque individual manifestado no termos “cliente” e “ser-humano” como alvo dos cuidados de enfermagem, esta teoria é consistente com a filosofia do cuidado holístico, pois reconhece a extensibilidade das muitas dimensões da pessoa, como a família e a comunidade.

FIGURA 3: A teoria das transições



Fonte: Adaptado de Meleis (2010)

Meleis (2005) defende que o indivíduo e a família estão naturalmente sujeitos a vivenciar transições de natureza distinta, do tipo organizacional, desenvolvimental, situacional e de saúde/doença. A transição organizacional acontece no ambiente e é precipitada por mudanças do meio social, político e económico. As transições associadas ao desenvolvimento, tal como o nome indica,

acontecem em períodos transitórios da vida considerados críticos, envolvendo os estágios do ciclo vital desde o nascimento até à morte. Apesar de serem esperados e previsíveis, estes momentos revestem-se de grande *stress* pelo que se consideram momentos de crise natural (Alarcão, 2006). A mesma autora acrescenta que as transições situacionais assumem o dito carácter idiossincrático, accidental que, por serem inesperadas, têm consequências mais dramáticas e perturbadoras do equilíbrio familiar. As transições de saúde/doença impelem a família a deslocar-se de um estado de saúde e bem-estar, para uma situação de doença. Apesar da natureza distinta dos processos de transição, estes não são mutuamente exclusivos, podendo coexistir a ponto de susceptibilizarem a família, perante a grande necessidade de adaptação (Meleis, 2005).

Nesta óptica, as transições podem ser descritas segundo padrões distintos, consoante os seus níveis de multiplicidade e complexidade. As pesquisas realizadas por Meleis et al. (2000), descrevem a possibilidade de se experienciar uma transição única, designada de simples, ou transições múltiplas, que de acordo com o seu grau de sobreposição podem ser classificadas de simultâneas ou sequenciais. As transições são interdependentes ou relacionadas, quando uma mudança obriga necessariamente a outra, noutro domínio da vida. As não relacionadas, caracterizam-se por não haver qualquer tipo de ligação entre ambas. Assim se entende que um episódio de doença aguda numa pessoa com necessidade de hospitalização prolongada, tenha repercussões sobre todo o sistema familiar, obrigando a uma redefinição de tarefas e redistribuição de papéis. Caso o indivíduo doente apresente um emprego com condições precárias, as faltas ao trabalho vão sequencialmente comprometer os seus rendimentos, vivenciando esta família novo momento de crise.

Apesar de cada processo de transição assumir um percurso muito próprio e uma identificação singular, torna-se possível equacionar diversas propriedades ou características comuns a este fenómeno. A estas similaridades, Schumacher e Meleis (1994, p. 121) denominam de propriedades universais de transições.

Uma primeira propriedade, a consciencialização, reporta-se à percepção e ao reconhecimento da experiência de transição, essencial para se iniciar a procura de estratégias adaptativas. Os mesmos autores referem que a falta de consciência sobre a mudança, pode significar um impasse na progressão transaccional. Em segundo lugar, o envolvimento, que se refere ao investimento pessoal ou familiar sobre a transição e pode ser revelado na procura de informação e nas actividades que tenham como objectivo a preparação activa dos sujeitos. A mudança é como

já foi referido, outra característica inequívoca associada à transição, no entanto nem toda a mudança dá origem a fenómenos transaccionais. Para ser possível compreender a transição, torna-se necessário assumir uma postura integradora e tentar perceber o significado que a mudança traz de facto para a família. A própria temporalidade, mais uma característica de base da transição, deve ser considerada na óptica dos sujeitos, tentando compreender qual o significado que atribui ao tempo da mudança. O que hoje é representativo e importante, amanhã pode não o ser. É essencial considerar esta possibilidade de variação ao longo do tempo, ponderando a necessidade de reavaliação das situações de transição. Os pontos críticos e eventos surgem como mais uma propriedade das transições e constituem os momentos potenciais de crise, concretos e identificáveis, que sendo previamente reconhecidos e trabalhados, minimizam o impacto sobre o indivíduo e a família.

Meleis et al. (2000), descrevem a transição como um fenómeno que ocorre num período de tempo com fim identificável. Este evento surge com os primeiros sinais de antecipação ou percepção da mudança; desenrola-se ao longo de um período de instabilidade, confusão e *distress* e termina com a entrada numa fase de estabilidade. A imposição de limites temporais ao fenómeno da transição torna-se difícil, uma vez que cada mudança vivida tem de ser integrada numa pessoa, numa família e num contexto específico.

Os mesmos autores asseguram que as transições são influenciadas pelas características pessoais dos sujeitos, onde as crenças, as atitudes e o significado atribuído à transição, determinam a qualidade da resposta à necessidade de mudança. Algumas investigações concluem ainda que indivíduos com um *status* socioeconómico mais baixo, são mais vulneráveis a eventos que dificultam a transição (Abe e Moritsuka, 1986; Uphold e Susman, 1981; citados por Meleis et al., 2000). Por outro lado, o estado de preparação e o nível de conhecimentos prévios, vão determinar a adopção de estratégias que influenciam estas vivências transaccionais. Os recursos comunitários e as condições sociais, são de facto referenciados como facilitadores ou inibidores destes processos de transição. O regresso a casa de uma pessoa dependente será favorecido, se a família possuir características de suporte e se os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, ainda no hospital, assumirem como objectivo terapêutico a sua capacitação para o cuidado. A transição será ainda facilitada, se a comunidade onde a família reside tiver à disposição apoio domiciliário, serviços de reabilitação, entre outros.



A forma como a pessoa vivencia os processos de transição tem tradução nos seus padrões de resposta que, segundo Meleis (2010), podem ser analisados através de indicadores de processo ou de resultado. Os dados relativos aos indicadores de processo de transição, permitem ao enfermeiro visualizar a tendência dos seus clientes para a saúde ou para a vulnerabilidade e risco, possibilitando uma intervenção precoce e célere. Os mesmos autores identificam como indicadores de processo o sentir e estar ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e *coping*. O sentir e estar ligado, reforça a importância das relações e dos contactos que se mantêm ou que se iniciam com os diversos actores do meio envolvente, como por exemplo a família alargada, os vizinhos e os amigos. O sentir-se ligado aos profissionais de saúde, constitui um indicador positivo na transição, pois traduz a existência de uma comunicação eficaz, onde é possível o esclarecimento de dúvidas e o livre acesso às informações de saúde. Aliás, tal como referem Wright e Leahey (2005:159) *“Uma das necessidades mais significativas das famílias que enfrentam doenças é de receber informações dos profissionais de saúde”*. As mesmas autoras acrescentam que instruir é uma intervenção comum para os enfermeiros, mas de grande importância para as famílias.

A interacção analisa os estilos de comportamento que se desenvolvem entre os diversos elementos envolvidos nos processos de transição, destacando-se o clima de entreaajuda, colaboração e compreensão como indicadores de uma transição saudável. O estar situado no espaço, no tempo e nas relações é essencial para uma transição bem sucedida. Fazer comparações é uma forma das famílias se orientarem e de encontrarem justificação para o que estão a viver. O desenvolvimento de confiança e *coping* manifesta-se por sentimentos de segurança face à transição e pelo reconhecimento dos seus pontos fortes e recursos disponíveis, vivenciando assim uma melhor adaptação ao meio.

Os indicadores de resultado manifestam-se pela mestria e pela integração fluida da identidade e traduzem o fim da experiência de transição (Meleis et al., 2000). O indivíduo demonstra mestria, pela aquisição de novas competências que visam controlar os diferentes ambientes e situações, impostos pela transição. A integração fluida da identidade prevê que, após os momentos de ruptura da esfera identitária, surja uma reformulação, com integração plena dos novos papéis e responsabilidades.

A enfermagem, nomeadamente a enfermagem de reabilitação, orienta as suas intervenções em torno de conceitos como o auto-cuidado, a adaptação e a

capacitação dos seus clientes nos processos de saúde e doença, condições chave para a ocorrência de uma transição saudável. O impacto da doença grave sobre o sistema familiar e a forma como as transições saúde/doença são vividas pela família em ambiente hospitalar, são assuntos a desenvolver no próximo ponto deste trabalho.

### *1.1 As Vivências da Família no Hospital*

O aparecimento súbito de uma doença grave vai ter um forte impacto no indivíduo, com repercussões nos diferentes domínios da vida. Implica com frequência renegociar a identidade e abandonar certas responsabilidades familiares, profissionais e sociais, podendo passar inclusive a depender de cuidados de outros. Quando em consequência da doença se impõe o internamento hospitalar, os transtornos psicológicos são potenciados. O indivíduo vivencia um distanciamento do seu contexto familiar e das suas actividades quotidianas, para se integrar num ambiente diferente, pouco acolhedor e permeado de normas e rotinas a respeitar (Henckmaier, 2004).

Aplicando a teoria sistémica ao estudo das famílias, facilmente se compreende que uma modificação na condição de saúde de um dos elementos afecta a totalidade familiar (Wright e Leahey, 2005). A doença tem um percurso normativo, mas que é vivido singularmente, por cada pessoa, por cada família. Para pensar de uma forma interactiva e sistémica, é necessário compreender o entrelaçamento dos três fios evolutivos - da doença, do ciclo de vida individual e do familiar (Rolland, 2001).

A doença e o internamento hospitalar apresentam-se como um momento de *stress* e de crise para a família, uma ameaça à sua estabilidade, exigindo mudança e reestruturação. As respostas da família a situações de *stress*, podem ser explicadas através do modelo ABC-X, desenvolvido por Hill em 1958. A letra “A” designa os acontecimentos indutores de *stress*, o “B” refere-se aos recursos que a família possui e que lhe permitem diferentes níveis de funcionalidade, o “C” é o significado específico que a família confere aos acontecimentos stressantes e o “X” traduz a produção da crise. *“Por outras palavras, se o acontecimento é grave, se a família tem poucos recursos e percebe a circunstância como ameaçadora, então entra em crise”* (Serra, 2007, p. 620).

Os recursos familiares são de facto importantes na forma como a doença se manifesta, pois quando a família não lhes consegue aceder para responder às situações de *stress*, perturba-se e inibe-se a sua capacidade auto-organizadora, fazendo com que necessite de ajuda externa (Martins, 2002). A família dispõe de recursos individuais relacionados com a saúde, estatuto económico, educação e capacidade pessoal de cada um dos membros que a constitui. Enquanto conjunto, a família detém forças relacionadas com a coesão interna, satisfação em pertencer à família, capacidade de adaptação e competências para a resolução de problemas. Um terceiro nível de recursos situa-se ao nível social e advém da possibilidade da família encontrar na comunidade ajuda para os seus problemas (Serra, 2007). As famílias extensas, são apontadas por Minuchin et. al. (1990) como as que têm habitualmente boa capacidade de adaptação a situações de *stress*, uma vez que têm uma vasta rede de apoio.

Alves (2004) afirma que as famílias perante uma situação de doença podem-se comportar de forma terapêutica, quando se unem ao tratamento, se solidarizam com a equipa e procuram soluções para dificuldades ou, de forma iatrogénica, quando originam conflitos com a equipa, fazem exigências desmedidas e transferem agressivamente as culpas. O mesmo autor acrescenta que uma das tarefas que se apresentam aos profissionais de saúde é distinguir as famílias terapêuticas das iatrogénicas, uma vez que implicam formas de abordagem radicalmente distintas.

A gravidade da doença é condicionadora da resposta familiar, tendo em consideração que associados à doença grave estão conceitos como a incapacitação e até mesmo a morte. Os diferentes tipos de incapacidade implicam ajustamentos específicos na família. Por exemplo, a combinação de défices cognitivos e motores num indivíduo vítima de AVC, obriga a uma redistribuição de papéis familiares muito maior do que no caso de um doente sujeito a lesão medular, da qual resultou paraplegia, mas que no entanto se mantiveram conservadas as faculdades mentais (Rolland, 2001). A possibilidade de perda de um familiar, sobretudo se este se encontrar na “plenitude de vida”, provoca grande ruptura na família, podendo inclusive condicionar a execução das tarefas mais básicas do ciclo de vida (Brown, 2001).

Quando o acontecimento gerador de *stress* é súbito, como é o caso da doença aguda, as mudanças instrumentais e afectivas que se operam na família têm de acontecer num período de tempo muito curto, exigindo “(...) *uma mobilização mais rápida da capacidade de administrar a crise*” (Rolland, 2001, p. 374). Quando

a doença é crónica de curso progressivo e evolui em severidade e em incapacidade, a família fica sujeita a uma crescente tensão, justificada pelas mudanças constantes e pelo contínuo acréscimo de novas tarefas.

O carácter accidental da doença, pode ser ainda potenciado pela existência simultânea de outras fontes de *stress*, como é o caso das crises ligadas ao ciclo vital (Martins, 2002). Os períodos de transição tornam as famílias potencialmente mais vulneráveis, uma vez que as colocam em situação de ajustamento estrutural, face às novas tarefas desenvolvimentais. A análise dos movimentos centrípetos versus centrífugos do sistema familiar, é particularmente interessante ao integrar estes diferentes tipos de crise. De uma forma geral a doença exerce uma força centrípeta sobre o sistema familiar, limitando a sua abertura para o exterior. A família vive com a doença uma relação íntima, de descoberta, como se de um novo membro se tratasse. Se o início da doença coincide com um período centrífugo, isso pode alterar o movimento natural da família. Rolland (2001), ilustra esta situação com o exemplo de um jovem adulto que, ao adoecer, tem de voltar à sua família de origem para ser cuidado, limitando assim a sua autonomia e individualidade fora da família. Por outro lado, quando o problema grave de saúde atinge um elemento idoso, a família embora vivencie momentos de algum *stress* e instabilidade, considera-o um processo natural, associado à etapa do ciclo de vida (Brown, 2001). As grandes questões familiares surgem quando após a alta hospitalar, os idosos necessitam de apoio pelo seu estado de saúde débil ou por dependência nos auto-cuidados, criando sobrecarga para as gerações seguintes.

A forma como a família vivencia a doença vai depender também do papel e da função do elemento afectado, pois *“não é a mesma coisa adoecer a mãe, o pai ou o filho”* (Augusto et al., 2005, p. 43). Os mesmos autores referem que numa família do tipo patriarcal, onde o suporte económico advém exclusivamente do trabalho do pai, a sua doença e internamento provoca um défice financeiro, obrigando um outro membro, por exemplo um filho mais velho, a alterar o seu projecto de vida e a antecipar a entrada no mundo do trabalho. No caso de uma mãe com dedicação exclusiva aos filhos e ao lar, a sua doença produz um vazio assistencial e também emocional. Quando a doença atinge um filho, são despoletados na família elevados níveis de preocupação e de protecção. As prioridades são reformuladas, centralizando-se toda a atenção na criança e deixadas para segundo plano as restantes dimensões da vida.

Os comportamentos da família vão sendo modificados consoante a fase temporal da doença, uma vez que cada etapa *“(...) tem as suas próprias tarefas*

*desenvolvimentais psicossociais que requerem forças, atitudes e mudanças familiares significativamente diferentes”* Rolland (2001, p. 378). A fase de crise inicia-se num período sintomático, onde o indivíduo se apercebe que algo está diferente mas não é possível determinar a natureza e o alcance do problema, terminando quando se confirma o diagnóstico e se estabelece o plano inicial de tratamento. Moos (citado por Rolland 2001) refere que aprender a lidar com os sintomas relacionados com a doença, adaptar-se ao ambiente hospitalar e estabelecer e manter bons relacionamentos com a equipa que presta cuidados, são algumas tarefas chave a desempenhar pelo doente e pela sua família, nesta primeira etapa. A fase crónica caracteriza-se essencialmente por questões de ajustamento, sendo requerida à família capacidade de manter uma vida aparentemente “normal”, apesar da doença. Esta etapa pode prolongar-se durante décadas, se a doença se mantiver estável. Noutras situações de doença aguda, de agravamento rápido, progressivo e fatal, esta fase pode até nem existir, sendo a crise contígua à fase terminal. Neste último estágio predominam sentimentos de separação e tristeza, onde a inevitabilidade da morte domina a vida familiar.

Outros sentimentos como depressão, frustração e exaustão têm sido referidos pelas famílias quando confrontadas com a doença grave (Luckman e Soresen, 1996). O internamento hospitalar condiciona o aparecimento de alterações físicas nos familiares acompanhantes, com predominância de cansaço e alterações emocionais em que preocupação, tristeza, nervosismo, medo, insegurança, fragilidade e solidão permeiam todo o processo (Dibai e Cade, 2009).

A ansiedade surge como uma constante nos dias dos doentes e familiares que vivenciam transições saúde - doença. Bonilla (1989) considera que algumas variações no tipo de ansiedade sentida, são determinantes na adopção de atitudes da família perante a doença e o internamento hospitalar. Segundo este autor, a ansiedade pode ser do tipo confusional, quando a família se sente perdida, insegura e alarmada perante um primeiro impacto com a doença, manifestando-se perante os profissionais de saúde com múltiplas perguntas sobre a gravidade da situação. A ansiedade paranóide caracteriza-se por atitudes defensivas, de desconfiança ou de agressão com as pessoas que rodeiam a família, nomeadamente os profissionais de saúde, considerando-os responsáveis e os seus principais inimigos. A ansiedade depressiva surge quando a família pressente a impossibilidade de restabelecer a harmonia perdida e manifesta-se por sentimentos de culpa e superprotecção. O doente assume um papel central na

família, recebendo uma dedicação quase total. A longa permanência da família no hospital resulta numa postura de competitividade com os enfermeiros nos cuidados, duvidando inclusive da qualidade dos cuidados prestados (Augusto et al., 2005). Os mesmos autores descrevem o hospital como uma “tela receptora”, onde os familiares projectam todo o tipo de ansiedades.

Espera-se dos profissionais de saúde e dos enfermeiros em particular, capacidade de gerir conflitos e competências no auxílio às famílias nestes difíceis processos de transição, reconhecendo os sentimentos que as devastam em cada fase temporal da doença.

## **2. A Assistência de Enfermagem em Contexto Hospitalar**

A enfermagem e os hospitais contam uma história comum caracterizada por influências mútuas e crescente desenvolvimento. O hospital, hoje considerado “*o estabelecimento de saúde de maior complexidade tecnológica e funcional e o mais caro de investimento e exploração*” (Caetano, 2002, p. 6), coloca aos enfermeiros exigências de precisão técnica, de respeito e agilidade nos procedimentos e, simultaneamente, a capacidade de oferecer uma resposta integrada e adaptada ao cliente, numa postura de humanização do cuidado. Os enfermeiros desenvolvem um trabalho de natureza multidimensional, ao considerar que apesar das situações de doença aguda e de instabilidade orgânica que invadem os hospitais, o seu foco de acção é a pessoa e a família inseridas num contexto social.

O trabalho isolado não é possível em saúde, pois os casos são cada vez mais complexos, os cuidados mais diferenciados e o saber mais fragmentado (Kerouac et al., 1996). O exercício profissional dos enfermeiros é marcado por relações de complementaridade, interdependência e autonomia, pois insere-se num espaço de actuação interdisciplinar, onde se preconiza que cada elemento dê um contributo dentro da sua área de competência específica. Barbieri (1997, p. 22) refere que “*o que dá eficácia a uma equipa é a diversidade dos contributos específicos de cada profissão. Só possuindo uma concepção clara e precisa pode o enfermeiro projectar uma imagem positiva, quer na sociedade, quer nas equipas que integra e consciencializar os pontos de sobreposição da sua intervenção com os dos outros profissionais, num clima de respeito, confiança, cooperação e apoio*”.

As intervenções de enfermagem podem ser iniciadas por outros técnicos da equipa, denominando-se de intervenções interdisciplinares, ou iniciadas pela prescrição do próprio enfermeiro - intervenções autónomas. No contexto das práticas em saúde o enfermeiro desenvolve actividade ao nível da prestação de cuidados, da gestão, do ensino e da investigação (Decreto-Lei n.º 161/96). Estas actividades são normalmente desenvolvidas de forma integrada e concomitante, embora nos hospitais alguns enfermeiros se dediquem quase exclusivamente à gestão dos serviços.

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas como as famílias ou comunidades. A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pela sua identidade, na valorização das suas capacidades e no estímulo pela pro-actividade na consecução do seu projecto de saúde (OE, 2003).

Do código deontológico do enfermeiro sobressai o dever de competência e aperfeiçoamento profissional (OE, 2009) e, de facto, cada vez são exigidos mais conhecimentos na abordagem dos problemas de saúde do indivíduo e das suas famílias. A vertente técnico-funcional da formação tem sido valorizada nas instituições hospitalares, na tentativa de responder às necessidades eminentes dos utentes, decorrentes do acelerado desenvolvimento tecnológico. O resultado deste investimento traduz-se numa prestação de cuidados seguros e garantidos por equipas de enfermagem tecnicamente bem preparadas, com qualificação certificada. No entanto, a formação centrada na qualificação converge para uma visão demasiado restritiva, formal, pontual e utilitária, dado que se resume na maioria das vezes a ser orientada para a construção curricular (Galhanas, 1997). O mesmo autor assegura que a formação deve ser fruto de um trabalho contínuo do indivíduo sobre si mesmo, considerando-o um agente activo na produção de saberes e não um simples receptor apático dos mesmos. Deste modo, a aprendizagem tem um efeito integrativo na pessoa, com reflexos no domínio cognitivo, motor, afectivo e relacional.

Nesta lógica é possível falar sobre a aquisição de competências, indispensáveis ao desenvolvimento profissional. A competência não é um estado, *“é uma realidade dinâmica, que supõe o reconhecimento pelo outro, é atributo de um sujeito que num contexto profissional e face às situações, sabe mobilizar, integrar e transferir recursos, projectando o sentido e o encadeamento dos seus*

*actos*” (Mègre, 1998, p. 9). O conhecimento, as habilidades e as atitudes que o enfermeiro apresenta perante uma situação específica de trabalho, traduzem o seu nível de competência profissional.

As competências podem ainda ser analisadas a partir das diferentes dimensões dos saberes (Pires, 1994). O saber relaciona-se com o desenvolvimento cognitivo através da aquisição de informações e de estratégias de raciocínio. O Saber - Fazer abrange a área da habilidade e do controlo psicomotor. Saber - Ser /Estar emerge do domínio sócio - afectivo e prevê a motivação, a capacidade de ajustamento pessoal, a descoberta do sentido profundo das acções e dos acontecimentos, o desenvolvimento de atitudes e de interesses e a aquisição de valores. A competência é, segundo a mesma autora, um fenómeno moldado pelo tempo ao longo de um percurso feito de experiências e marcado por aspectos operativos, afectivos e intelectuais. Desta constatação surge o Saber - Transformar-se que se manifesta pela capacidade de apropriação e de crescimento (Galhanas, 1997).

As vantagens da aprendizagem experiencial sobre o desenvolvimento dos conhecimentos clínicos avançados em profissionais de enfermagem, são também reconhecidas por Benner (2005). A mesma autora acredita que conhecimento em enfermagem, é socialmente construído no contexto das interacções que acontecem entre o enfermeiro e o seu cliente.

O hospital é uma instituição naturalmente dotada de condições que apoiam este tipo de aprendizagem pois, entre outros aspectos, possibilita a diversificação de experiências, o contacto com situações complexas, o convívio com peritos e a possibilidade de partilhar perspectivas de conhecimento com os outros profissionais.

Os seus trabalhos baseiam-se no Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências, onde se estabelece que no desenvolvimento de uma competência, o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de competências: iniciado, iniciado - avançado, competente, proficiente e perito.

Reportando estes princípios à enfermagem, o iniciado caracteriza-se por não possuir experiência em lidar com as situações com que é confrontado, orientando a sua actividade através de regras e atributos objectivos. Os enfermeiros recém-formados ou recém-chegados a um serviço ocupam esta posição. O iniciado - avançado consegue demonstrar um desempenho aceitável, no entanto necessita de ajuda para estabelecer prioridades. O enfermeiro torna-se competente ao ser capaz de planear as suas acções em função de objectivos de longo alcance,



fazendo os ajustamentos necessários face aos imprevistos quotidianos. Percepção é a palavra que caracteriza o enfermeiro proficiente, uma vez que possui capacidade de perceber as situações de uma forma global e agir adequadamente de acordo com as suas vivências. O enfermeiro perito distingue-se na sua grande experiência e adaptabilidade, pela sua capacidade intuitiva de análise e de se concentrar no fulcro do problema, sem perder tempo com pormenores. A sua actuação assume um sentido holístico, assegurando a prestação de cuidados de qualidade, onde competências como a responsabilidade, a iniciativa, a organização, a comunicação, o auto-controlo e a preocupação e solicitude com o próximo são bem presentes.

Goleman (2003) identifica a inteligência emocional como uma competência determinante em profissões que se caracterizam por relacionamentos pessoais, como é o caso da enfermagem. Cada vez mais o sucesso depende de outros factores além da inteligência e do espírito de trabalho. As relações interpessoais, a capacidade de estar em grupo, a competência de ouvir e de se colocar na posição de outros, o conhecimento sobre si próprio, tornaram-se fundamentais num mundo ligado por intrincadas redes comunicacionais.

Não se pretende contudo desconsiderar a importância da dimensão intelectual, pois apesar de serem entidades distintas, estão de certo modo relacionadas. O mesmo autor refere que a despeito do estereótipo, pessoas com um QI elevado e uma baixa inteligência emocional são relativamente raras. Acrescenta ainda que todos os indivíduos possuem simultaneamente inteligência cognitiva e emocional em diversos graus, no entanto, das duas é a inteligência emocional que mais contribui para as qualidades que tornam o profissional profundamente humano.

Relacionada com a competência emocional está a auto-consciência, uma vez que o reconhecimento das características e sentimentos individuais melhoram a capacidade de decisão sobre a opção a tomar. A necessidade de gerir as emoções é outra aptidão emocional básica, sem contudo significar uma postura de apatia perante a vida. Certos sentimentos como a raiva, a ira, a ansiedade e a melancolia tornam as pessoas invulneráveis e implacáveis nas suas percepções do estímulo e, consequentemente, nos seus comportamentos. É necessário aprender a impedir que emoções intensas e invasivas se instalem e ocupem o espaço de outras mais agradáveis (Branco, 2004).

A motivação, permite que o indivíduo seja optimista, tenha iniciativa, avance face a objectivos e persista perante as contrariedades e frustrações. A empatia, a

mais fundamental das aptidões pessoais está relacionada com a auto-consciência, uma vez que uma ampla percepção sobre si próprio permite ao profissional uma leitura precisa sobre os sentimentos dos outros. Uma vez que 90% da comunicação é não verbal, a habilidade para ler os canais não verbais como o tom de voz, o gesto ou a expressão facial, é uma característica a desenvolver pelos profissionais. Maldonado e Canella (2003) confirmam a necessidade dos profissionais de saúde prestarem atenção às pistas não verbais, especialmente quando estão em discrepância com o que é dito por palavras, pois constitui um valioso instrumento para captar e entender o que se passa verdadeiramente com o cliente.

A gestão de relacionamentos em grupos representa a aptidão emocional que permite ao profissional *“(...) programar um encontro, mobilizar e inspirar as outras pessoas, ter bons relacionamentos íntimos, persuadir e influenciar, pôr os outros à vontade”* (Goleman, 2003, p. 134). Estes tipos de competências sociais estão na base da popularidade, da liderança e da eficácia interpessoal, sendo absolutamente necessárias ao trabalho de equipa em enfermagem.

O mesmo autor considera que cada pessoa possui diferentes capacidades em cada um destes domínios e que, apesar da base subjacente ao seu nível de aptidão ser sem dúvida neuronal, a aprendizagem de capacidades é possível e consegue remediar lapsos sentidos no âmbito da inteligência emocional.

Um estudo desenvolvido por Diogo (2006), refere que a formação de base em enfermagem é percepcionada como insuficiente na preparação dos profissionais para lidar com as emoções. Um reforço ao nível dos conhecimentos da psicologia e estágios práticos direccionados para a aprendizagem da gestão das emoções e vivências, são algumas sugestões dadas pelos enfermeiros neste sentido.

A OMS (1988) reconhece esta carência, referindo que na formação dos profissionais deveria ser dada tanta ou mais importância às competências relacionais (Saber - Ser/Estar) comparativamente às instrumentais (Saber - Fazer) e cognitivas (Saber - Saber). Pires (1994) assegura que a qualificação dos profissionais será potenciada quando se desenvolverem em simultâneo competências sociais, artísticas e lúdicas, através de novas formações implícitas ou explícitas, numa perspectiva mais globalizante. *“Aquilo que interessa no cuidado de enfermagem é que o enfermeiro tenha um conjunto de competências que lhe permitam realizar a acção técnica, estando ao lado, sabendo lidar com, sabendo entender as pessoas nas suas necessidades de cuidados, realizando os cuidados e criando condições para que o cuidado aconteça”* (Costa, 2007, p. 31).

Uma vez que o desenvolvimento profissional do enfermeiro está inexoravelmente ligado com o seu desenvolvimento pessoal, as suas características enquanto pessoa vão influenciar toda a sua actividade profissional. Backes et al. (2008) afirmam ser importante considerar a objectividade e a subjectividade inerentes ao trabalho em saúde, tendo em vista que o objecto que o constitui são seres humanos, cujas intervenções técnicas estão sempre permeadas por relações interpessoais. A máxima “o enfermeiro é a pessoa que cuida de pessoas”, assume mais uma vez todo o significado.

Nesta linha de pensamento, onde as características pessoais se assumem como determinantes, faz sentido reflectir o que diferencia na prática o enfermeiro generalista do especialista em enfermagem, particularmente o de reabilitação, reconhecendo de antemão que as competências clínicas especializadas, surgem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. As especialidades em enfermagem serão sempre consideradas ramos do conhecimento da disciplina, que fazem naturalmente parte do todo, que é a enfermagem (Costa, 2006).

Hesbeen (2003), apresenta a opção de ser generalista, como não sendo uma ausência de especialização nem uma especialização em si mesmo, mas como a base que fundamenta uma postura de abertura à existência, onde o cuidado ocupa um lugar incontornável. O mesmo autor (2003, p. 118) parafraseando Gautard-Rayroud, considera que o enfermeiro generalista *“avalia e compreende o carácter único da situação vivida pela pessoa, pelo grupo ou pela colectividade, cujas necessidades de cuidado tem como função identificar; a sua acção não pode constituir um processo linear, mas antes circular, visto que se ajusta às múltiplas e complexas realidades das pessoas (...) deve estar apta para fazer face às mudanças (...) Terá de possuir uma cultura profissional de base, de elevado nível, bem como uma sólida identidade profissional, que lhe permitam enfrentar com sucesso este contexto”*.

O especialista em enfermagem é um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico da disciplina, que tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 122/2011). A sua actuação tem que se basear numa atitude de responsabilização profissional, ética e legal e pautada pela procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. As suas competências são manifestas no

domínio da gestão de cuidados, otimizando e articulando as respostas da equipa de enfermagem. No âmbito das aprendizagens o especialista em enfermagem tem de assumir uma postura auto-didacta, baseando a sua prática clínica em conhecimentos credíveis.

A reabilitação é considerada uma especialidade multidisciplinar, a qual compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas em situação de doença aguda, crónica ou com sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência. Gomes (2011) refere que a reabilitação tem acompanhado as alterações de cenários no campo da saúde, movendo-se dos cuidados em contextos de agudos para uma maior intervenção nas situações crónicas. A mesma autora acrescenta a importância da reabilitação não estar direccionada exclusivamente para a recuperação ou adequação física dos indivíduos, mas considerar o impacto da incapacidade nos vários domínios funcionais (físico, mental, emocional e social).

O enfermeiro nesta especialidade concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas ao nível da promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa e da família que cuida. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade (Regulamento n.º 125/2011).

Desta forma, a presença do enfermeiro de reabilitação faz sentido nos diferentes tipos de contextos tal como o hospital, os centros de reabilitação, as instituições de cuidados continuados e cuidados de saúde primários, locais onde se torna possível a promoção de capacidades adaptativas, com vista ao auto-controlo e ao auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.

Para os profissionais de enfermagem, a reabilitação é mais do que uma disciplina, assume-se como uma filosofia de vida, que os faz assumir um interesse sentido pelo futuro da pessoa mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo deixam de ser possíveis (Hesbeen, 2003). É considerada uma construção partilhada e um poderoso exemplo do que significa uma intervenção holística, uma vez que os aspectos físicos, cognitivos, psicológicos e sociais são valorizados, visando habilitar de novo a pessoa e a sua família para a vida. A motivação, o optimismo, a tenacidade e a empatia são competências fundamentais ao trabalho destes profissionais.

## 2.1 *Estar com a Família - Processos de Trabalho*

A presença da família em meio hospitalar é uma realidade que surge no desenvolvimento de uma lógica de humanização e acreditação das instituições. Este fenómeno contextualiza-se ainda na condição actual de saúde das populações. A maior longevidade, nem sempre sinónimo de qualidade de vida, a elevada sinistralidade com consequências dramáticas sobretudo na população mais jovem, o aumento da prevalência das doenças crónicas limitativas e o acréscimo de patologias associadas a comportamentos de risco, traduzem-se num grande número de pessoas com elevados níveis de dependência com custos avultados para a sociedade. A abertura dos hospitais às famílias surge num conjunto de políticas de *empowerment* e de responsabilização pessoal pela manutenção da saúde e prevenção da doença, uma vez que os constrangimentos económicos limitativos prevêm altas hospitalares cada vez mais precoces.

O quadro conceptual da política da saúde para todos, da OMS, aprovado em 1998, define 21 metas de saúde para o século XXI, que Portugal enquanto estado membro da União Europeia terá que cumprir. Deste documento, nomeadamente ao nível da meta 15 emerge a necessidade de promover um novo conceito de enfermeiro de saúde familiar. Estes compromissos foram reforçados por ocasião da II Conferência de Munique (WHO, 2000), onde se enfatiza o papel do enfermeiro de saúde familiar nos diversos contextos do sistema de saúde, apresentando-o como um profissional que com competências específicas e inserido numa equipa multidisciplinar, desenvolveria um trabalho de parceria, no sentido de capacitar as famílias para resolverem de uma forma eficaz as crises acidentais que ocorrem no seu ciclo de vida, no próprio contexto vivencial. É promovida a imagem da família saudável onde se defende que a doença num dos membros altera todo o equilíbrio familiar, pelo que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos às necessidades da família e não às de um indivíduo em particular.

A enfermagem de família ganha assim a sustentação política que lhe permite afirmar-se como um contexto emergente das necessidades de saúde (Silva, 2009). Este desafio chega a todos os enfermeiros, uma vez que a própria Ordem assume um compromisso com este percurso, fazendo validar a mensagem “A cada família o seu enfermeiro” (OE, 2000). Surgem então conferências, cursos de formação,

debates e divulgação de experiências no sentido de reflectir sobre linhas de intervenção e identificar novas questões inerentes a este movimento.

As mudanças não se restringem à área dos cuidados de saúde primários, pois aos hospitais chega também uma circular normativa da DGS (2000), transmitindo indicações para o alargamento do horário das visitas e para a necessidade de se promover condições para a presença de um acompanhante junto do doente. É neste momento, que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros vêem os seus doentes, as suas decisões e o seu espaço a ter de ser partilhado pelos familiares.

Decorridos mais de dez anos, verifica-se que a integração das famílias no hospital desencadeou mudanças na organização dos cuidados e na natureza das relações que se estabelecem entre o doente, os familiares e as equipas de saúde. O atendimento clínico conservador com enfoque individual, para alguns profissionais o único capaz de produzir resultados com sentido numa instituição hospitalar, tornou-se obsoleto. A necessidade de mudança de óptica na atitude clínica, foi sentida por muitos profissionais de saúde, que procuram olhar o doente e não apenas os sintomas e a doença, considerando a pessoa em situação existencial, onde a família tem necessariamente de estar presente (Maldonado e Canela, 2003).

Na liderança deste desafio, a enfermagem assume o compromisso e o dever de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família apresenta sobre o bem-estar e saúde dos seus membros, bem como a sua influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante do seu trabalho (Wright e Leahey, 2005).

Neste pressuposto e no sentido de otimizar o exercício profissional, a Ordem dos Enfermeiros (2003) determina a necessidade dos profissionais alargarem o conceito de cliente e a relação de parceria à família, considerando que as intervenções de enfermagem se potenciam se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados.

Ao conceito de enfermagem de família, enquanto “(...) *Cuidados de enfermagem na saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família aos problemas de saúde reais e potenciais*” (Wright e Leahey, 1994, p. 2), estão adstritos princípios filosóficos influenciados por algumas teorias, como a teoria sistémica e a da comunicação, que valem a pena destacar:

*“Inclusão deliberada da família no planeamento e na prestação de cuidados; Capacidade para levar em consideração as necessidades da família e não apenas as necessidades do indivíduo.*

*Preocupação com o reconhecimento da importância das crises interpessoais e do seu impacto na saúde da família e da responsabilidade dos profissionais de saúde as valorizarem.*

*Ênfase no estilo colaborativo, que respeita as forças da família e que lhes dá apoio para encontrar as suas próprias soluções para os problemas que identificaram”* (Whyte, citado por Barbiéri, 2002, p. 139).

Friedmann (1989), foi a primeira teórica a descrever 3 níveis de abordagem de complexidade crescente, para a prática de enfermagem de família. No primeiro nível, o foco é o indivíduo e a família o contexto, a qual é considerada como um recurso sobretudo para o planeamento da alta. No segundo, denominado por nível interpessoal, a família é vista como a soma dos seus membros individuais. Quando os cuidados são prestados a todos os elementos da família, considera-se que são prestados cuidados de saúde à família. O último nível - o mais avançado, é o sistémico, onde a família é encarada como um todo, um sistema com um funcionamento e estrutura próprios, que desenvolve interações com outros sistemas maiores e com os seus próprios subsistemas e que se constitui como cliente dos cuidados de enfermagem. A mesma autora afirma que os 3 níveis podem ser utilizados em diferentes momentos do cuidado às famílias, dependendo do contexto em que este se desenvolve, assim como dos conhecimentos e competências dos profissionais de enfermagem envolvidos.

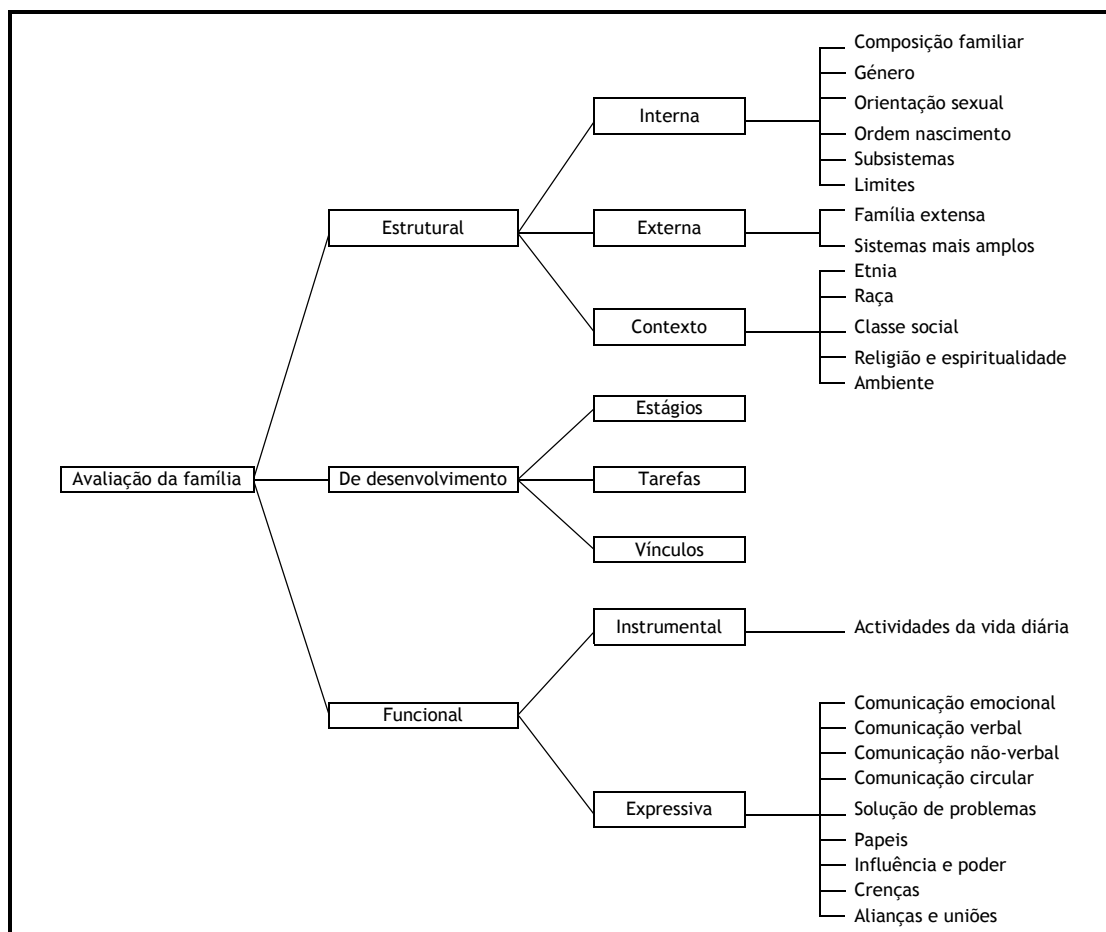
Wright e Leahey (2005), realçam que a intervenção de enfermagem se pode processar em 2 níveis de perícia. Enquanto os enfermeiros generalistas tendem a considerar a conceptualização da família como contexto para a sua intervenção, os especialistas em saúde familiar trabalham com a família a um nível sistémico, concebendo-a como unidade de cuidados. A formação específica na área de enfermagem dos sistemas familiares permite-lhes o contacto com um corpo extenso de conhecimentos, que abrange a teoria dos sistemas familiares, a avaliação, a intervenção e a pesquisa na família.

Dentro do nível de actuação para que está habilitado a cuidar a família, o enfermeiro assume diversos papéis para além de prestador de cuidados, como educador, epidemiologista, investigador, gestor, consultor, modificador de ambiente e conselheiro (ICN, 2002), numa clara afirmação de profissional de

referência, capaz de ajudar as famílias a identificar os seus problemas e a mobilizar os seus próprios recursos.

Em contexto da prática de cuidados, a avaliação e intervenção de enfermagem às famílias é facilitada pela adopção de uma estrutura conceptual que “(...) *encoraje a síntese de dados a fim de serem identificadas as forças e os problemas da família, constituindo um plano de tratamento útil e esquematizado*” (Wright e Leahey, 2005, p. 16). Estas autoras desenvolvem o modelo de avaliação e intervenção familiar de *Calgary* (Figura 4), publicado originalmente em 1994, cuja forte utilização a nível mundial vem reforçar a ideia da globalização do conceito de enfermagem de família.

FIGURA 4: Diagrama ramificado do Modelo de Calgary de avaliação da família



Fonte: Wright e Leahey (2005)

O modelo de *Calgary* de avaliação da família é uma estrutura multidimensional de avaliação no qual são considerados uma série de aspectos estruturais, de desenvolvimento e funcionais da situação familiar, como base para



a intervenção. A sua utilização serve como guia orientador para a realização da entrevista, conseguindo-se obter uma visão global sobre uma família. Composição, papéis e funções familiares, relações significativas, redes de apoio familiar e comunicação são alguns dados relevantes que facilmente se colhem e organizam ao aplicar este modelo.

O modelo de intervenção familiar de Calgary está naturalmente associado ao modelo de Calgary para avaliação da família, sendo considerado pioneiro nesta área da enfermagem. Wright e Leahey (2005) consideram-no essencial para identificar qual o domínio do funcionamento familiar que necessita de mudança e quais as intervenções de enfermagem indicadas para a sua ocorrência.

Ao intervir em família, o enfermeiro é visto como um agente activador da mudança, que utiliza as flutuações próprias dos momentos de crise para conseguir um novo nível de estabilidade. Através de conversações terapêuticas este profissional procura promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar nos domínios cognitivo, afectivo e comportamental.

As intervenções que têm como alvo o domínio cognitivo, ao serem implementadas permitem que a família modifique a sua concepção sobre os seus problemas de saúde, procurando soluções e respostas mais eficazes. As autoras apresentam como exemplos de intervenções de enfermagem no domínio cognitivo oferecer informações, opiniões e elogiar as forças internas da família, baseadas na ideia que o reforço positivo é promotor de mudança. As intervenções que visam mudar o domínio afectivo do funcionamento familiar são pertinentes quando emoções intensas estão a bloquear as tentativas da família de solucionar os seus problemas. Validar ou normalizar respostas emocionais, incentivar narrativas de doença e estimular o apoio familiar são exemplos de intervenções de enfermagem que podem intensificar o funcionamento familiar ao nível afectivo. O domínio comportamental pode ser trabalhado no sentido de ajudar *“os membros da família a interagir e comportar-se de forma diferente em relação uns dos outros”* (Wright & Leahey, 2005, p. 162). Estimular os membros da família a serem cuidadores, incentivar o descanso e planejar rituais familiares são exemplos de intervenções que vão aliviar o stress familiar.

O trabalho de enfermagem deve desenvolver-se necessariamente numa atitude de parceria de saberes e acções, caracterizada pela complementaridade, negociação e trabalho mútuo, numa perspectiva que ultrapassa a visão tradicional em que os profissionais enquanto peritos decidiam o que seria bom para a família e para os seus membros. As famílias *“(...) tornaram-se consumidoras de cuidados*

*de saúde bem informadas e assumem um maior controlo sobre os seus cuidados”* (Queirós, 2009, p. 17). Wright e Leahey (2005) consideram que de facto, nos últimos anos a postura dos enfermeiros com as famílias tem-se inclinado a um relacionamento mais colaborador, consultivo e não hierárquico, conferindo-lhes um maior status, habilidade, igualdade e respeito.

Assumindo-se que as divergências surgem naturalmente das relações interpessoais, ao se colocar numa posição igualitária com a família, espera-se que o profissional tenha capacidade de optar por estilos de gestão de conflito construtivos, onde diferenças resultam em benefícios mútuos, num predomínio de estratégias integrativas e de tendência ao compromisso. O conhecimento abre novas possibilidades aos profissionais para melhor trabalharem com as famílias. Impor uma convivência diária, uma relação entre ambos, sem a necessária contextualização, sensibilização e formação sobre como a família afecta e é afectada pelo estado de saúde/doença dos seus membros, promove o aparecimento de incompatibilidades e da percepção de interesses opostos, acentuando os níveis de *stress* ocupacional que já são tão marcados entre os enfermeiros.

A relação terapêutica entre o especialista de reabilitação e o doente e seus familiares, surge num clima de confiança e de grande envolvimento, assumindo no entanto algumas nuances particulares. As expectativas do enfermeiro relativamente ao doente e à sua recuperação são elevadas, mas o contrário também acontece. O doente e os seus familiares vêem aquele enfermeiro como uma referência, uma fonte de ajuda, como um personagem determinante para o regresso à normalidade. Assim, cabe ao enfermeiro corresponder e, numa postura de co-responsabilização e parceria com o doente e a família, analisar as alterações encontradas, discutir os planos de intervenção a implementar e determinar quais os resultados e metas a atingir. A recuperação funcional é um processo lento, onde as pequenas conquistas são grandes vitórias, mas onde o desânimo acaba naturalmente por surgir, podendo condicionar todo o processo.

A família, constituindo uma fonte de ajuda, nem sempre compreende as vicissitudes da reabilitação, tal como a necessidade de estimular e de ajudar o doente, sem o substituir, assim como a importância de tentar e falhar, para no próximo momento tentar de novo e falhar melhor. O cansaço físico do doente, por exemplo, é muitas vezes mal compreendido pelos familiares. Por outro lado, os comportamentos são frequentemente pautados por superprotecção e pelo medo de avançar no processo de reabilitação, pelos riscos que são inerentes aos

procedimentos. No entanto tal como refere Johnstone (1986, p. 1), uma teórica de renome na área da neuroreabilitação *“o esquema de reabilitação está condenado ao fracasso quase seguro, nos casos em que o membro da família (...) durante 24 horas por dia - não entender a necessidade absoluta, do paciente viver dentro do esquema de recuperação”*. Martins (2002), acrescenta que a família tem de intervir nos processos da reabilitação, no sentido de dar continuidade aos cuidados iniciados e assim contribuir para a reintegração e consequente dignificação do seu familiar doente, de forma a fazê-lo sentir-se útil e feliz, mesmo que limitado.

Assim se compreende que a enfermagem de reabilitação e a família trabalhem lado a lado, como parceiros do cuidar. É importante que o enfermeiro de reabilitação esteja dotado de sólidos conhecimentos sobre a forma como ajudar os doentes e as famílias a serem catalisadores dos seus processos de reabilitação, possibilitando um regresso a casa precoce e seguro.

Desenvolver competências para o trabalho com as famílias não pode ser no entanto preocupação exclusiva de um grupo restrito de enfermeiros, uma vez que os conteúdos relativos à enfermagem de família têm aplicação transversal a todos os profissionais, nos vários campos da prática clínica, desde os cuidados de saúde primários, até aos cuidados hospitalares mais diferenciados (Queirós, 2009). A família tem que ser o centro de enfoque dos cuidados de saúde. Conscientes que muito caminho se tem que percorrer, é em vista da família, por ela e com ela que se hão-de desenvolver novas competências científicas e relacionais.

### *2.1.1 Atitude do Enfermeiro Face à Família*

Nos últimos anos, várias pesquisas têm sido desenvolvidas com o objectivo de compreender as relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a família. A atitude que o enfermeiro apresenta face à família tem sido considerada determinante para a qualidade dessa relação (Benzein et al., 2008b). Uma atitude favorável à presença da família no hospital, torna os profissionais mais receptivos à sua participação nos cuidados diários (Fisher et al., 2008). Os enfermeiros que possuem uma atitude positiva para com as famílias, reconhecem a importância do diálogo entre ambos e valorizam a seu envolvimento nos cuidados ao doente (Martins et al., 2010).

O estudo da atitude tem já tradição na área das ciências sociais e humanas, uma vez que constitui um fenómeno mensurável e capaz de mediar o pensamento

e a acção. As décadas de 20 e 30 ficam marcadas pelos trabalhos de Thurstone e Likert, que desenvolveram as metodologias de medição materializadas nas escalas de atitudes. A utilização destes instrumentos trouxe um novo ímpeto à pesquisa social, pois os investigadores ligados às correntes positivistas, consideravam com validade científica, apenas estudos envolvendo fenómenos passíveis de mensuração. Esta técnica baseia-se no princípio de que é possível medir as atitudes através das respostas verbais dos indivíduos, ou seja, das opiniões e avaliações que efectuam acerca de uma determinada situação. Neste âmbito, colocam-se à disposição do sujeito uma série de proposições padronizadas, requerendo o seu grau de concordância com cada uma; o conjunto de respostas obtidas indica a direcção e a intensidade da atitude em análise (Cunha, 2007).

A atitude pode ser definida como uma disposição interior da pessoa, que se traduz em reacções emotivas que são assimiladas e posteriormente experimentadas, sempre que a pessoa é posta perante um objecto, ideia ou actividade. Estas reacções emotivas levam o indivíduo a aproximar-se desse objecto e a ser favorável, ou a afastar-se sendo-lhe desfavorável (Mourissete e Gingras, 1999). As atitudes são determinantes sobre o que o indivíduo irá gostar ou detestar, o que fará nesta ou naquela circunstância particular, a maneira como se relacionará com os outros, ou como irá reagir aos acontecimentos que surgirem na sua vida.

Pensar, sentir e agir, são a base do processo atitudinal. Lambim (2000, p. 95) refere que *“a atitude apoia-se num conjunto de informações referentes ao objecto avaliado e progressivamente acumuladas pelo indivíduo (componente cognitiva), a atitude é orientada, dado que exprime uma avaliação positiva ou negativa em relação ao objecto (componente afectiva), a atitude é dinâmica e é uma predisposição para a acção; como tal é um vaticínio do comportamento (componente comportamental)”*.

A atitude dos enfermeiros é o reflexo do comportamento observado, quando surgem por exemplo situações de conflito com a família. Os enfermeiros que consideram importante a presença da família no hospital, são compreensivos perante situações de interferência com o familiar/acompanhante (Sousa, Gomes e Santos 2009). Os profissionais que apresentam uma visão negativa sobre a envolvência da família, distinguem-se pela maior ocorrência de conflitos (Galinha, 2009).

Quanto maior for a consistência e a coesão entre os três domínios, mais estável será a atitude. Quando um indivíduo experimenta uma reacção ou resposta

emotiva, agradável ou desagradável, sempre que está perante um objecto - por outras palavras, se tem uma atitude positiva ou negativa, é muito provável que tenha adquirido ou venha a adquirir igualmente um conjunto de conhecimentos ou de convicções favoráveis ou desfavoráveis e um conjunto de hábitos de aceitação ou recusa ou de comportamentos, em relação a esse objecto (Mourissete e Gingras, 1999).

Nesta lógica, a formação da atitude pode ser entendida em termos emocionais, como o resultado do efeito de exposição ao objecto - onde a mera exposição repetida a um determinado estímulo é capaz de contribuir para a formação de uma atitude mais ou menos favorável - ou do condicionamento clássico, que se caracteriza pela associação de um estímulo a uma resposta. As experiências vividas têm o seu peso sobre a atitude. Um jovem enfermeiro que tenha tido uma má experiência na relação com os familiares de um doente, pode desenvolver uma atitude desfavorável à inclusão das famílias no hospital. Em oposição, as experiências próprias de doença grave com os seus familiares, condicionam uma atitude positiva do enfermeiro face à família, no decorrer do seu trabalho (Benzein et al., 2008b).

De um modo alternativo, a perspectiva cognitivista centra-se na ideia de que a informação (crença) que a pessoa tem sobre um objecto, determinará a formação da sua atitude (Alcobia, 2001). A influência da escola e da formação contínua é tida como essencial, dado que atitudes aprendem-se e devem ser ensinadas. Nesta lógica, um enfermeiro com conhecimentos na área da enfermagem de família, apresenta uma atitude mais favorável à participação dos familiares nos cuidados. Estudos realizados por Park (2010) em instituições de saúde confirmam o efeito da formação sobre a capacidade dos profissionais em lidar com a família. Por outro lado, Wright e Leahey (1990) confirmam que a resistência de alguns enfermeiros em aderir a uma abordagem centrada na família relaciona-se com o facto de existirem lacunas nos programas de formação. Muitos profissionais trabalham há vários anos em hospitais junto dos doentes e famílias, sem nunca terem tido contacto com o conceito família cliente/foco de cuidados.

A origem das atitudes sofre ainda uma nítida influência contextual, sendo atribuída à sociedade a responsabilidade de inculcar ou modificar as atitudes e interesses dos seus elementos. Destaca-se a família no seu papel modelador da atitude das crianças e mais tarde, já na adolescência, a importância do grupo de pares. A atitude é um meio da pessoa se identificar com o grupo e de se fazer aceitar. Um enfermeiro recém-chegado a um serviço, ao encontrar uma atitude de

suporte às famílias por parte dos seus colegas, certamente irá adoptar no desenvolvimento do seu trabalho, uma atitude semelhante. Os estudos mais recentes que procuram conhecer a influência do contexto na atitude dos enfermeiros tem produzido resultados ambíguos. Os enfermeiros que trabalham em pediatria, têm uma atitude mais positiva face à família, contrariando a postura dos profissionais que exercem actividade em ambientes de cuidados agudos (Benzein et al., 2008b). Outros estudos não encontram evidências que comprovem que contextos diferentes de cuidados - centro de saúde e hospital, interfiram nas atitudes dos enfermeiros (Martins et al., 2010).

A mudança de atitudes dos profissionais é com frequência um objectivo a alcançar numa instituição. A atitude é considerada um conceito estável, que não é fácil de modificar na idade adulta. Os indivíduos, naturalmente procuram manter a consistência entre as componentes cognitiva, afectiva e comportamental que fazem parte da atitude, no entanto, de tempos a tempos as inconsistências acontecem, originando um estado de dissonância cognitiva (Festinger e Carlsmith, 1959), que se caracteriza por ser muito desagradável, sentindo-se o indivíduo fortemente motivado para alterar de forma célere essa situação. Este pode optar por introduzir mudança nas componentes inalteradas, tornando-as consistentes com a que se modificou inicialmente e assim assumir uma nova atitude. Em alternativa, pode decidir aproximar a componente que se alterou das restantes, mantendo a atitude inicial.

Para se desenvolver nos indivíduos sentimentos de dissonância é possível recorrer a técnicas de persuasão. É possível destacar quatro factores que influenciam a eficácia dos processos de persuasão: a fonte da mensagem - quanto mais credível for o comunicador, maior é a influência exercida sobre o receptor; a natureza da mensagem - ao apresentar-se clara e objectiva reforça a credibilidade; a percepção do receptor - indivíduos com baixa auto-estima são facilmente persuadíveis, enquanto pessoas com atitudes extremas face a um objecto são mais resistentes à mudança; por último, o efeito *boomerang*, que acontece quando os indivíduos ao sentirem que estão a ser pressionados, adoptam posições opostas aos objectivos do emissor (Alcobia, 2001). Imagine-se o exemplo de uma equipa de enfermagem, onde a chefia anuncia que em determinada data existe obrigatoriedade de incluir os familiares dos doentes nos cuidados. Esta decisão, não sendo precedida de formação e sensibilização dos profissionais, pode conduzir a uma atitude negativa dos enfermeiros perante a família, propiciar elevados níveis de *stress* e o despoletar sistemático de situações conflituais entre

as partes. O caminho para a mudança de atitudes, passa por motivar e capacitar os profissionais com instrumentos e habilidades que os ajudarão a actuar de uma nova forma perante a família.

### *2.1.2 Gestão do Conflito na Relação Enfermeiro / Família*

O desenvolvimento da humanidade está intrinsecamente ligado ao conceito de conflito, enquanto fenómeno psicossocial. Os confrontos pré-históricos, as grandes guerras mundiais e a escalada de violência no Médio-Oriente, são exemplos de imagens inequívocas de conflitos, que invadem as casas das pessoas todos os dias pelos diversos meios de comunicação social. Não é assim de estranhar que o termo conflito transporte uma conotação muito negativa, associada a sentimentos como perda, medo, dor, e humilhação (Ursiny, 2010).

Hoje reconhece-se que o conflito pode ter também consequências positivas, pelo que deve ser encarado como um facto natural, decorrente das relações interpessoais e um possível gerador de inovação, promotor de mudança social. Independentemente do tipo de laço que une os indivíduos, há sempre momentos na vida em que os sentimentos, pensamentos, interesses, objectivos e acções de cada um, acabam por colidir com os dos outros, não tendo necessariamente um carácter destrutivo (Cunha, Moreira e Silva, 2003).

Nesta perspectiva, o conflito pode ser definido como um encontro entre duas ou mais linhas de força com direcções convergentes mas de sentidos opostos, resultando deste encontro a necessidade de uma gestão eficaz da situação, de modo a ser retirado algo de positivo (Serrano e Rodriguez, 1993). Apesar de nem sempre o conflito se apresentar da mesma forma, quer em termos de intensidade ou qualidade, Cunha e Silva (2010), consideram três pontos comuns na caracterização destes fenómenos. O primeiro associa o conflito a uma situação social de confronto, que integra um estado cognitivo com consciencialização da situação e reconhecimento de antagonismo entre as partes, que se desenvolve num contexto de grande carga emocional, envolvendo sentimentos de hostilidade, condutas de recusa, inimizade e/ou violência. O segundo ponto prende-se com os objectivos a que aspiram os intervenientes, que aparecem como incompatíveis, parcial ou totalmente. Por último, a noção de que a relação entre as partes é interdependente, ou seja, a solução dos problemas de um depende e determina a do outro.

O reconhecimento do carácter inevitável do conflito e o domínio sobre a sua dinâmica e repercussões no funcionamento das organizações, contribui decisivamente para uma estratégia de gestão bem sucedida. Os hospitais, embora se distingam pela sua complexidade e características específicas das outras instituições, apresentam pontos comuns no comportamento organizacional dos seus profissionais. Constituem locais de convivência diária entre um elevado número de pessoas, com personalidades, características e condições diferentes entre si. Para além dos doentes e das suas famílias, integram as equipas de saúde variados subgrupos profissionais, com papéis funcionalmente distintos, mas com grande grau de complementaridade entre si. Estas instituições apresentam um ambiente caracterizado por *stress* intenso, pelo estabelecimento de relações interpessoais fortuitas e por processos comunicacionais alterados, propiciando o aparecimento de situações de conflito.

No caso particular dos enfermeiros, a sua acção interdisciplinar e o seu trabalho de relação, criam uma susceptibilidade maior na ocorrência destes eventos, sendo por essa razão a gestão de conflitos um tema incontornável da profissão (Lima e Carvalho, 2000). Uma revisão de literatura realizada por Guerra, (2008) sobre a ocorrência deste fenómeno nos hospitais entre 1994 e 2005 revelam que os enfermeiros frequentemente participaram na gestão de conflitos com os utentes, com os próprios colegas e com outros elementos da equipa multidisciplinar; a administração de conflitos com familiares e acompanhantes surgiu mais tarde, associada à abertura dos hospitais a estes intervenientes.

As relações entre o enfermeiro e a família são frequentemente intersectadas por situações de conflito, decorrentes do contexto e do trabalho quotidiano. O hospital não está plenamente adaptado à versatilidade das famílias, existindo políticas, directivas e rotinas hospitalares, difíceis de transpor. Sousa, Gomes e Santos (2009) descrevem o choque cultural, a necessidade de partilha de espaço e a submissão às normas hospitalares, como factores desencadeantes de conflito entre estes intervenientes. Um estudo desenvolvido por Dibai e Cade (2009) confirmam que as limitações estruturais do hospital são sentidas pela família como um impedimento ao seu papel de acompanhante. A unidade do doente atende aos critérios determinados pelas comissões de controle de infecção e, no sentido de evitar grandes transtornos, é permitido ao acompanhante apenas a utilização de um espaço exíguo para permanecer junto do seu familiar. Squassante e Alvin, (2009) analisam o discurso de uma equipa de enfermagem relativamente à sua relação com os acompanhantes, tendo sublinhado expressões frequentes como



“não atrapalhar”, “não reclamar” e “auxiliar ou realizar o cuidado junto ao cliente”.

A predisposição para as situações de confronto aumenta, quando existe inconsistência na aplicação das restrições às famílias pela equipa de enfermagem. Assim, apesar das diferentes abordagens de cada interveniente, é importante que a equipa tenha uma linguagem de base comum, o que pode ser conseguido através do envolvimento de todos os elementos e de uma liderança assertiva.

A escassez de recursos humanos é também precursora de situações conflituais. Os enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos, sentem-se em número insuficiente para dar uma resposta efectiva às famílias, uma vez que se vêem obrigados a dividir o seu tempo escasso pela atenção e cuidado a um doente instável e por familiares ansiosos e ávidos de informações (Farrel et al., 2005). Outros estudos indicam que a partir do momento em que o familiar se “despe” do papel de visita e assume o lugar de acompanhante, rompe as barreiras normativas da visita e deixa de interferir negativamente no trabalho de enfermagem, passando a colaborar nos cuidados ao doente (Silva e Bocchi, 2005).

A ocorrência de conflitos entre os enfermeiros e as famílias, relaciona-se com a interdependência de funções e com a necessidade de partilhar o cuidado à pessoa doente. Para Squassante e Alvim (2009), a presença do familiar imprime uma nova forma de organização no trabalho dos enfermeiros, uma vez que este assume determinados cuidados que estão tradicionalmente no âmbito das acções dos profissionais. O facto de não estar claro quando começa e acaba o trabalho de uns e de outros, conduz à ambiguidade de papéis e dificuldade de responsabilização das tarefas (La Mónica, 1994). A competência das famílias para se envolverem nos cuidados é frequentemente questionada, verificando-se a existência de conflitos quando os familiares não desempenham devidamente o papel que lhes está determinado (Squassante e Alvim, 2009). Um outro estudo protagonizado por Casanova e Lopes (2009), confirma que nem sempre a família está preparada para participar, uma vez que se observaram comportamentos inadequados sistemáticos durante o tempo da visita, indutores de conflito com os enfermeiros.

Para Cloke e Goldsmith (2000), nenhum conflito é como se apresenta à superfície. Tal como um *iceberg*, a parte superficial e visível é substancialmente menor do que a parte oculta, onde se escondem inúmeras condições que vão interferir na sua evolução. O enfermeiro, enquanto gestor de conflitos, inicia o

processo de diagnóstico com a realização de uma avaliação da situação conflitual, o que requer um olhar global sobre a natureza do conflito, os factores subjacentes e o respectivo estágio de evolução (Almeida, 1999). A actuação do enfermeiro sobre um conflito entre colegas vai ser diferente da que ocorre com utentes ou familiares. Um conflito emocional, tem normalmente efeitos mais preocupantes do que um desacordo substantivo. Por outro lado, uma situação conflitual envolvendo diferentes níveis hierárquicos requer uma abordagem diferente da que seria necessária num conflito horizontal.

A coerência de informação disponibilizada aos intervenientes, a percepção que possuem sobre os fenómenos envolventes e o seu estatuto e personalidade, são factores subjacentes ao evento do conflito. Quando a família e a equipa de enfermagem não partilham a informação sobre a necessidade de cuidado ao doente, é natural que tenham uma visão diferente acerca da mesma. Confrontos com indivíduos convictos da sua posição e inflexíveis nas decisões e atitudes são muito difíceis de gerir, em especial quando essa personalidade é de estatuto superior. La Mónica (1994) assume que existem profissionais de enfermagem particularmente resistentes à mudança, pelo que qualquer dificuldade ou desafio associados à presença das famílias se transformam em conflito.

Sobre a evolução da situação conflitual, Almeida (1999) aponta quatro momentos chave a considerar. O primeiro é a incubação, fase em que os intervenientes se apercebem que algo entre eles os incomoda. Segue-se a consciencialização, quando surge a notificação da situação entre as partes envolvidas e a disputa, um momento crucial para a resolução ou o agravamento da situação, pois é quando acontece a discussão que está subjacente ao conflito e por último, a eclosão. Nesta última etapa as posições ficam radicalizadas, tornando-se difícil resolver o problema que está na origem do litígio. Existe uma personalização do conflito, onde o que interessa é ganhar a qualquer custo e o confronto tende a reproduzir-se conduzindo ao escalamento do conflito. Pruitt e Rubin (citados por Cunha, 2001, p. 41) descrevem este fenómeno como “(...) o resultado de uma espiral de conflito (uma forma de círculo vicioso) na qual cada parte reage litigiosamente à recente acção litigiosa da outra parte”. Criam-se condições para a ausência de limites e de critérios, para um envolvimento desmedido, um descontrole de situação, onde o retorno e as cedências são praticamente impossíveis de alcançar. A gestão atempada dos conflitos torna-se essencial para minimizar a ocorrência de situações tão negativas e desintegradoras das relações interpessoais.

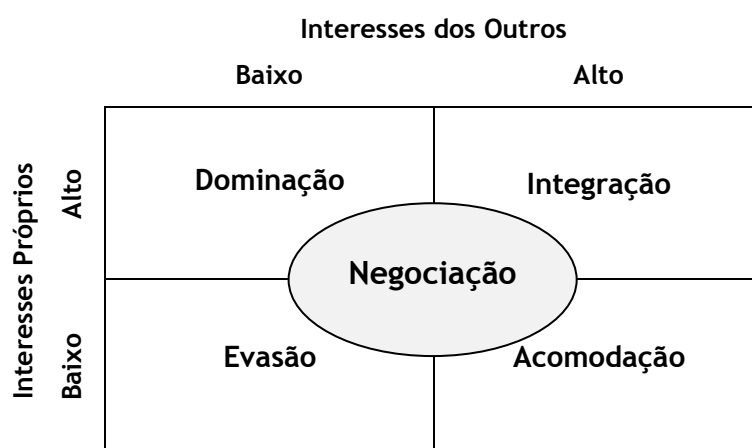
A necessidade de desenvolver competências e habilidades para um trabalho em equipa, onde se incluem profissionais, doentes e famílias, convivendo lado a lado com as diversidades culturais, sociais e económicas das pessoas envolvidas, é um desafio dos enfermeiros gestores.

A forma como uma situação conflitual se desenvolve e se resolve num contexto de equipa, é dependente dos estilos de gestão de conflito adoptados pelos membros do grupo. As estratégias de gestão de conflitos que ocorrem ao nível intragrupal, podem ser definidas como o conjunto de respostas dadas pelos membros do grupo perante a emergência de ideias, opiniões e/ou objectivos divergentes (Dimas, Lourenço e Miguez, 2005).

Ao longo dos tempos foram sendo apresentadas diversas tipologias relativas aos estilos de gestão de conflitos interpessoais. Rahim e Bonoma em 1979 e posteriormente 1983, protagonizam a criação de um modelo bidimensional (Figura 5), que compreende a gestão de conflitos centrado na combinação de duas dimensões: preocupação consigo próprio (grau em que o indivíduo procura satisfazer os seus interesses) e preocupação com os outros (grau em que o indivíduo procura satisfazer os objectivos da outra parte).

A forma como estas duas dimensões se manifestam e se inter-relacionam, traduz as orientações motivacionais dos indivíduos perante um desacordo e reflectem-se em cinco estilos diferentes de gestão de conflito - a integração, o servilismo, a dominação, a evitação e a tendência ao compromisso. Uma vez que constituem objecto de estudo da presente investigação, torna-se pertinente descrever em pormenor cada estilo de gestão do conflito interpessoal.

FIGURA 5: Modelo bidimensional de estilos de administração de conflitos



Fonte: Adaptado de Rahim (2002)

Quando existe uma elevada preocupação com os objectivos individuais e com os interesses da outra parte, a estratégia utilizada é a integração. Este estilo caracteriza-se por uma atitude de colaboração e cooperação entre as partes, sendo também designado pelo autor como método de resolução de problemas, orientação para soluções, ganhar - ganhar ou estilo de soma positiva. Neste contexto, a informação é partilhada, são exploradas de uma maneira construtiva as diferentes formas de pensar um problema e procuram-se soluções criativas que integrem os vários interesses (Dimas, Lourenço e Miguez, 2007). Rahim (2002) refere que a integração é o estilo que melhor se adequa à gestão de conflitos sociais e que é particularmente eficaz ao lidar com questões estratégicas complexas.

O servilismo, também denominado por estilo perder - ganhar, identifica-se por uma baixa preocupação por si mesmo e uma elevada preocupação pelos outros. Rahim (2002) descreve este estilo como centrado em enfatizar e destacar os aspectos comuns existentes, minimizando as diferenças entre as partes. Neste caso, a atitude predominante é a acomodação e a não-confrontação. Dimas, Lourenço e Miguez (2007), destacam a existência de uma componente de auto-sacrifício que pode tomar a forma de generosidade, de caridade ou de obediência às ordens de outra pessoa. Esta estratégia privilegia as relações em detrimento dos resultados. Para evitar conflitos, o indivíduo acomoda-se às exigências da outra parte, mesmo que os resultados sejam desfavoráveis para si.

A dominação apresenta a competição e o controle como atitudes marcantes. Existe uma elevada preocupação com os interesses individuais e baixa preocupação com os interesses da outra parte. Este estilo é também conhecido como soma zero ou ganhar - perder, no qual os resultados são privilegiados em detrimento das relações entre as pessoas. Rahim (2002), relata que os indivíduos que recorrem a este estilo ignoram frequentemente as necessidades e expectativas do seu oponente e utilizam a posição de poder para impor a sua vontade aos outros. Esta estratégia está indicada para situações em que são necessárias decisões rápidas, quando uma das partes não tem competência técnica para a decisão, ou se for necessário adoptar alguns procedimentos impopulares para o grupo. A dominação é um estilo que não se adequa em decisões complexas e em situações onde as partes possuam alto grau de competência e elevados níveis de poder.

A evitação está associada inevitavelmente à retirada, ao fugir do problema ou à inacção, optando-se, por vezes, em adiar ou negar uma situação de conflito

(Cunha e Silva, 2010). Verifica-se um baixo interesse próprio e pelos outros. Os indivíduos evitadores apresentam atitudes de fuga ao conflito e de passividade, mantendo o conflito em estado latente, podendo gerar, a longo prazo, maior intensidade conflitual (Dimas, Lourenço e Miguez, 2007). Este estilo pode ser usado para lidar com algumas questões triviais, ou quando o potencial efeito disfuncional de confrontar a outra parte supera os benefícios da resolução do conflito (Rahim, 2002). Tem também indicação de se utilizar quando é necessário um período de reflexão antes de um problema complexo ser efectivamente resolvido.

A tendência ao compromisso, também designada de estilo de motivos mistos, caracteriza-se por existir um interesse intermédio por si próprio e pelos outros. As partes envolvidas cedem sempre algo na sua posição para poderem tomar uma decisão aceitável para ambas. Esta estratégia envolve a partilha ou o “toma lá, dá cá”, mas comparativamente com outros estilos, os sujeitos que a aplicam abdicam mais do que aqueles que são dominadores, mas menos do que os que adoptam um comportamento servil (Cunha e Silva, 2010). Este estilo é útil quando os objectivos das partes em conflito são mutuamente exclusivos, quando se encontra um impasse num processo de negociação ou, por falta de consenso, as partes precisam de uma solução temporária para um problema complexo (Rahim, 2002).

Nos últimos anos, têm sido realizados alguns trabalhos que procuram conhecer quais os estilos de gestão de conflito a que o enfermeiro mais frequentemente recorre na sua prática diária, sem serem contudo específicos na sua relação com a família. Sobressaem desses estudos a utilização de estilos construtivos nas relações do seu trabalho quotidiano (Franque, 2006; Santos, 2008; Vargas, 2010).

As influências das variáveis sócio - demográficas, como o género, a personalidade e a posição hierárquica sobre os estilos de gestão utilizados, foram alvo de análise por McIntyre (2007). Uma aprofundada revisão de pesquisas relacionadas com este tema, levam o autor a concluir que a relação das variáveis de personalidade e género com os estilos de conflito é débil e não conclusiva. Por outro lado foram percebidas diferenças significativas nos estilos da gestão de conflito utilizados quer pelos chefes, pelos subordinados ou pelos colegas, extraíndo-se a conclusão que o relacionamento hierárquico condiciona o estilo utilizado pela pessoa envolvida no conflito.

Para uma gestão funcional do conflito, os diferentes estilos devem ser empregues contingentemente, ou seja, não existe uma estratégia que se possa considerar superior, cada um tem as suas vantagens e limitações e está sujeito às

restrições próprias de cada situação (Jaca e Riquelme, 1998). O modelo de Rahim apresentado, é dotado de estilos que privilegiam as técnicas negociais para a resolução construtiva dos conflitos.

A negociação é considerada actualmente uma excelente forma de resolver conflitos, muito em voga nos contextos organizacionais, pois possibilita a tomada de decisões conjuntas quando as partes envolvidas têm preferências distintas (Schermerhorn, Hunt e Osborn, 1999). É importante acrescentar, tal como refere Cunha (2001), que a negociação não constitui panaceia universal, já que nem tudo é aceitável e possível - nem tudo é negociável! Kennedy et al. (citados por Cunha 2001, p. 48) consideram que *“(...) a razão da negociação radica em ser capaz de dar uma resposta ao mútuo direito de divergir, na medida em que este é considerado nas democracias um direito fundamental”*.

O conflito enfermeiro / família não pode ser analisado apenas pelas consequências negativas que pode trazer à relação terapêutica. O conflito pode ser um percurso para a reconciliação de interesses entre as partes, para o respeito pela diferença e para um genuíno trabalho de parceria. Na gestão de conflitos, o enfermeiro deve desenvolver competências ao nível da comunicação, pois esta é a base da interacção humana.

Comunicar é transferir significado de uma pessoa para outra na forma de ideias ou informações, é o acto de tornar comum. Para o sucesso comunicacional, mais do que as palavras usadas, importa a ênfase, a expressão facial, a inflexão vocal e todos os gestos involuntários e não intencionais que sugerem o significado real, alterando e aproximando os pontos de vista sobre os quais as partes encaram a realidade vivida.

### 2.1.3 Stress Ocupacional dos Enfermeiros

Considerado como a grande epidemia do século XXI, o *stress* apresenta uma conotação muito negativa, pois é responsável pelo aparecimento de várias doenças e pela perda de qualidade de vida do ser humano. No entanto, em circunstâncias intermédias, o *stress* é útil e produtivo. Ao constituir uma fonte de impulso, permite a adaptação a novas situações e contextos, melhorando naturalmente as aptidões pessoais.

Há mais de um século que investigadores procuram compreender os efeitos gerais do *stress* sobre o indivíduo. O termo *stress* foi utilizado pela primeira vez na área da saúde pelo médico endocrinologista Hans Selye, na década de 40. Selye

verificou que, ao submeter um sistema biológico a agentes indutores de *stress* de natureza variável, é produzido um conjunto constante de alterações fisiológicas de defesa e protecção contra a agressão, que designou por Síndrome Geral de Adaptação e que decorre em três etapas: reacção de alarme, fase de resistência e estágio de exaustão (Selye, 1956).

Esta reacção de alarme ou de choque, caracteriza-se como um momento de activação ergotrópica, com mobilização rápida das defesas biológicas, preparando o indivíduo para lutar ou fugir. A fase de resistência, inicia-se quando o agente indutor de *stress* não é superado e o organismo se prepara para lidar e adaptar-se à situação perturbadora, repondo a homeostasia no sistema biológico. Se o indivíduo não se adapta e não consegue lidar com os agentes agressores, surge a exaustão. Nesta etapa, a resistência do organismo diminuiu substancialmente, tornando a pessoa mais susceptível a doenças (Serra, 2007).

Folkman e Lazarus (1980) desenvolvem o modelo transaccional do *stress*, onde se encara a pessoa como jogador activo na interacção das dimensões biológicas, psicológicas e sociais, através das suas próprias escolhas, emoções e comportamentos. Este modelo dirige a atenção para “(...) *a forma como o indivíduo constrói cognitivamente a percepção de uma situação stressante (stress percebido), analisa a sua capacidade de o enfrentar (controlo percebido) e organiza estratégias de coping*” (Graziani e Swendsen, 2007, p. 54). Nada é considerado *à priori* como agente stressor. O *stress* é considerado um processo entre a pessoa e o meio, uma percepção subjectiva das condições aversivas e da capacidade de as enfrentar.

As situações de *stress* atravessam o ambiente profissional, familiar e social das pessoas, sem que seja possível compartimentar ou isolar as suas repercussões. O nível de tolerância e o impacto negativo dos acontecimentos é tanto pior, quanto maior a concentração de circunstâncias desagradáveis nos vários ambientes que o individuo percorre. Serra (2007, p. 525) assegura que “*o stress não tem só características cumulativas, como torna o ser humano mais sensível aos acontecimentos aversivos com que se depara*”.

O desempenho de uma actividade profissional tem naturalmente consequências muito positivas para o indivíduo. Para além de se traduzir em independência económica, é fonte de motivação, de realização pessoal, de crescimento psicológico e social. No entanto, o trabalho pode revestir-se igualmente de aspectos negativos, constituir motivo de *stress*, com repercussões para o trabalhador e organização. Ao nível organizacional podem surgir problemas

como absentismo, grande rotação laboral, mau desempenho laboral e conflitos interpessoais frequentes. Em termos individuais é possível encontrar uma série de sinais e sintomas, como por exemplo cefaleias, hipertensão arterial, dores difusas generalizadas, alterações gastrointestinais, ansiedade, depressão, fadiga crónica, tiques nervosos, tabagismo e recurso abusivo a bebidas alcoólicas (Melo, Gomes e Cruz 1997).

O *stress* ocupacional pode ser considerado como a interacção das condições de trabalho com as características do trabalhador - personalidade, atitudes, aptidões, motivações e comportamentos - de tal modo que os requisitos que lhe são solicitados ultrapassam a sua capacidade em lidar com os mesmos (Ross e Atmaier, 1994). Os mesmos autores acrescentam que o *stress* varia em função do controlo que o profissional tem sobre o grau de exigência criado pelas tarefas. Os efeitos surgem quando se esgotam os recursos para enfrentar o *stress*, vulgarmente designados de estratégias de *coping*. A cronificação do *stress* ocupacional pode causar *burnout* descrito como um estado de exaustão física, emocional e mental, que ocorre frequentemente em profissões assistenciais ou de ajuda, como é o caso da enfermagem (Maslach e Leiter, 1997). Este fenómeno assenta na ideia que a “*responsabilidade por pessoas é geradora de mais stress do que a responsabilidade por coisas*” (Pines, Aronson e Kafri, citados por Domingos, 2005, p. 34).

As características do trabalho são factores importantes a considerar para o aparecimento de *stress* ocupacional. O sentido de responsabilidade, o grau de autonomia, a crença de que este é significativo e o conhecimento do próprio desempenho, são estados psicológicos que devem ser criados com o intuito do trabalhador se sentir satisfeito e motivado. As condições físicas do local de trabalho, como condições de ruído, luminosidade e temperatura, o trabalho por turnos, a sobrecarga quantitativa ou qualitativa de tarefas e a monotonia da subcarga, são outros aspectos capazes de produzir *stress* ocupacional nos indivíduos (Serra, 2007).

O papel que a pessoa desempenha na organização também pode ser condicionante de *stress*. Situações de conflito de papel, acontecem quando são colocadas ao trabalhador a necessidade de realizar tarefas, que não sendo específicas do seu trabalho, colidem com os seus valores morais. A ambiguidade de papel refere-se à falta de clareza sobre as funções a cumprir e sobre quais os objectivos a atingir, a qual associada à sobreposição de competências, determina um grande número de conflitos no local de trabalho (Hespanhol, 2005).



É óbvio que as relações interpessoais dentro de uma empresa determinam o bem-estar do profissional e garantem um melhor clima motivacional, uma vez que são responsáveis por exacerbar ou atenuar os efeitos adversos da exposição aos factores de risco do emprego. Uma má comunicação entre pares e entre diferentes níveis hierárquicos pode revelar-se desgastante e diminuir a satisfação no trabalho. A comunicação deve ser encarada como um verdadeiro suporte organizacional para a integração e socialização das pessoas, fazendo com que estas se sintam participantes da vida das empresas em que trabalham (Domingos, 2005).

Aspectos relacionados com a carreira profissional, como a insegurança na manutenção do emprego, progressão ou estagnação nas funções, incompatibilidade entre as aspirações do trabalhador e a realidade do quotidiano são também indutores de *stress*. As políticas organizacionais assumem também uma grande importância para a saúde e bem-estar dos trabalhadores. Cooper e Marshal (citados por Serra 2007, p. 548) afirmam que *“o clima de uma organização induz stress num indivíduo desde que lhe crie limitações para a sua liberdade, autonomia e identidade”*.

Os aspectos do ambiente potencialmente geradores de *stress*, agrupados nas categorias descritas, podem existir em diferentes medidas consoante as profissões envolvidas, apresentando cada grupo profissional as suas causas próprias de *stress*. Delbrouck (2006) afirma que o *stress* profissional dos enfermeiros apresenta níveis preocupantes e que cada vez mais se fala de uma exaustão na profissão. O mesmo autor apresenta resultados de estudos epidemiológicos europeus e canadianos, que indicam que o esgotamento profissional atinge cerca de um quarto dos enfermeiros de hospitais gerais.

De facto, as características intrínsecas do trabalho de enfermagem, são por si só motivo para desencadear *stress* nos profissionais. O enfermeiro desenvolve diariamente um trabalho técnico e emocional intenso, em situações exigentes e extremas. *“Ser enfermeiro significa ter como agente de trabalho o Homem e como sujeito da acção, o próprio Homem. Há uma estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com vivência directa e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reacções desencadeadas pelo processo de doença”* (Santos e Teixeira, 2009, p. 372).

A atenção e os cuidados que os enfermeiros têm de prestar continuamente aos doentes, seguidos de conflitos de equipa ou sobrecarga de trabalho,

insegurança, falta de autonomia e problemas de autoridade, conduzem inevitavelmente a elevados níveis de *stress*. Comparando níveis de *stress* entre técnicos de saúde, verifica-se que os enfermeiros atravessam condições de *stress* ainda mais intensas do que os médicos (Serra, 2007).

Na compilação de diversos estudos dedicados à análise dos agentes responsáveis pelo elevado nível de *stress* nesta profissão, Batista e Bianchi (2006) encontram convergência em factores como: problemas de comunicação com a equipa, conflitos internos, carga de trabalho, indefinição do papel profissional, tipo de assistência prestada, aspectos inerentes ao ambiente da unidade e a interferência na vida pessoal e familiar. Outros autores identificam ainda outros agentes de *stress*, relacionados com a necessidade de manutenção e desenvolvimento da qualificação profissional e também com os horários irregulares a que os enfermeiros são sujeitos.

Os diferentes contextos onde os enfermeiros desenvolvem a sua actividade, relacionam-se também directamente com a ocorrência de *stress* nestes profissionais. Os enfermeiros a exercer funções na comunidade, os que prestam cuidados a pessoas em fase terminal, que trabalham com doentes de risco, doentes com lesões cerebrais ou em serviços de reabilitação, são mais propensos ao *stress*. Nos serviços de cuidados intensivos, diálise, cirurgia e neurocirurgia são também encontradas ocorrências que podem induzir *stress* nos profissionais de enfermagem (Serra, 2007).

Ao fazer uma análise das repercussões do *stress* na vida dos enfermeiros, Santos e Teixeira (2008) asseguram que frequentemente são encontrados nestes profissionais sintomas psicossomáticos (distúrbios do sono, fadiga crónica, cefaleias), o uso regular de bebidas alcoólicas, o fumar em excesso e a utilização sistemática de fármacos tranquilizantes e indutores do sono. Sutherland e Cooper (1990), em resultado de um estudo efectuado, assinalam que as enfermeiras em comparação com mulheres de outros grupos profissionais, de idades semelhantes, apresentam um maior índice de mortalidade. Outras conclusões do mesmo trabalho remetem para o facto de as enfermeiras cometerem suicídio com maior frequência do que mulheres de outras profissões. Ao nível organizacional, a baixa satisfação profissional, o absentismo e a mudança frequente de local de trabalho foram problemas identificados e atribuídos como consequência do *stress* ocupacional.

O *stress* assume-se já como característica inerente à profissão de enfermagem. Todavia, a forma como cada enfermeiro o interpreta é variável

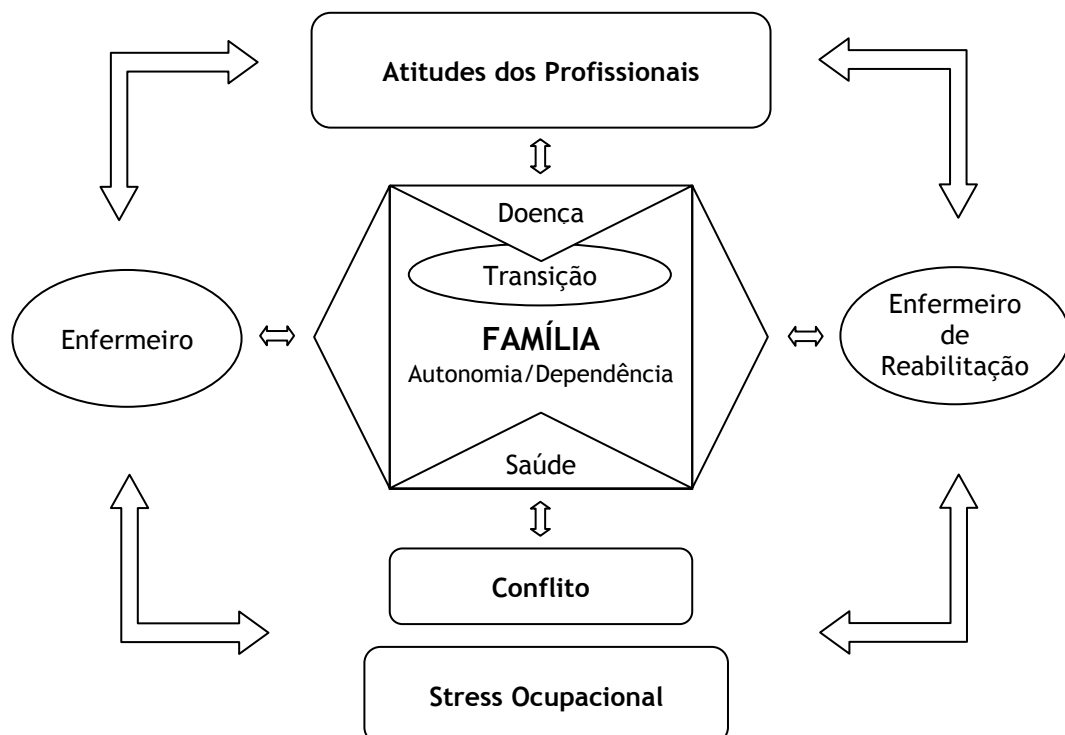
dependendo das suas atitudes, considerações, em suma da sua predisposição pessoal ao *stress*. Esta constatação determina a necessidade de discutir as condições que envolvem a especificidade do trabalho e de encontrar estratégias que melhorem as aptidões e recursos do profissional, melhorando a sua resistência natural ao *stress*. Acentua-se a importância de reforçar as competências emocionais do enfermeiro, consideradas essenciais para o bom desempenho e para a garantia do nível de qualidade de cuidados ao doente e à família.

Cabe neste momento uma nota orientadora da descrição da informação apresentada. O capítulo que aqui termina sintetiza aspectos relacionados com a complexa problemática que envolve os conceitos centrais do estudo. Do próximo capítulo consta o enquadramento metodológico, todo o desenho da investigação.

## CAPÍTULO II - OS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO E A FAMÍLIA. QUE DIFERENÇA? ESTUDO DE CAMPO

Após a abordagem do quadro conceptual relativo à temática em estudo e que está esquematizado na Figura 6, torna-se oportuno realizar um trabalho de investigação que revele qual é a atitude que os enfermeiros apresentam face à importância de envolver a família nos cuidados em contexto hospitalar, quais os estilos de gestão de conflito escolhidos por estes profissionais para mediar as relações com os familiares e qual o reflexo de todo este processo, na percepção do *stress* ocupacional. De uma forma paralela, é importante perceber se se distinguem os especialistas em enfermagem de reabilitação, no seu desempenho e reacções demonstradas a este nível.

FIGURA 6: Modelo da pesquisa



A realização desta investigação tem como finalidade promover uma atitude favorável por parte dos enfermeiros perante a família, proporcionando momentos de reflexão sobre a prática profissional e considerando que a mudança de comportamento pode ser conseguida, com o reforço do conhecimento e disponibilização de informação credível na área de enfermagem de família.

Os objectivos de uma pesquisa constituem “(...) enunciados que indicam claramente o que o investigador tem intenção fazer no decurso do estudo” (Fortin, 2003, p. 40). Neste sentido, pretende-se com esta pesquisa:

- Analisar a percepção dos enfermeiros sobre a atitude face à família, os estilos de gestão de conflito utilizados e as causas de *stress* ocupacional;
- Compreender como as características sócio - demográficas e profissionais influenciam a atitude dos enfermeiros face às famílias;
- Identificar as diferenças de atitude face à família dos enfermeiros de reabilitação comparativamente com os restantes enfermeiros;
- Analisar o tipo de gestão de conflitos com a família, dos enfermeiros de reabilitação em relação aos restantes enfermeiros;
- Comparar as causas de *stress* vivenciado pelos enfermeiros de reabilitação e os restantes enfermeiros.

Os objectivos referentes à investigação foram delineados, atendendo a que a sua definição clara e precisa servisse de orientação na tomada de decisão associada a todo o percurso metodológico.

## 1. Percurso Metodológico

Todo o processo de investigação envolve necessariamente uma fase metodológica, um momento onde se operacionalizam todos os detalhes e se precisa o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio e a população envolvida (Fortin, 2003). Esta descrição pormenorizada das condições em que se realiza a pesquisa, vai ainda permitir a sua replicação por um outro investigador interessado, num momento ou contexto diferentes (Ribeiro, 1999).

Considerando a natureza da problemática que se pretende analisar, pode-se afirmar que este estudo apresenta uma abordagem de cariz quantitativo, pois

envolve uma colheita sistemática de informação numérica, mediante condições de muito controlo, com recurso a procedimentos estatísticos para tratamento da informação (Polit e Hungler, 2000). É um trabalho exploratório, uma vez que a revisão de literatura efectuada permitiu concluir que pouco se conhece sobre a temática em análise, quer a nível nacional como internacional. Dado que fornece informação sobre características de uma população (Ribeiro, 1999), esta investigação assume-se como descritiva. É ainda do tipo correlacional, pois tem como objectivo examinar as relações entre variáveis (Fortin, 2003). A designação de estudo de caso é aplicável, pois esta pesquisa foi desenvolvida através de uma ampla e dirigida investigação a um grupo profissional, numa instituição hospitalar específica (Sousa, Driessnack e Mendes, 2007). Em termos temporais classifica-se como transversal, pois a recolha de dados acontece num único momento, no mês de Fevereiro de 2011, como revela o cronograma apresentado no Anexo I.

No sentido de prosseguir no caminho da pesquisa, formulou-se a questão de partida que segundo Quivy e Campenhoudt (2003), é a melhor forma de dar início a um trabalho de investigação social, permitindo que o investigador exprima o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar ou compreender. Deste modo, partiu-se para o estudo com a seguinte questão:

- Será que existem diferenças entre os especialistas de reabilitação e os restantes enfermeiros, na atitude e no estilo de gestão de conflitos utilizados face à família, com tradução na percepção dos acontecimentos causadores de *stress* para estes profissionais?

As restantes perguntas de investigação *“facilitam a passagem do quadro conceptual a considerações posteriores, relacionadas com a instrumentação e análise”* (Huberman e Miles, citados por Costa, 1998, p. 78).

As questões devem ser claras, exequíveis e pertinentes, qualidades fundamentais para o sucesso da investigação. De acordo com a revisão da literatura descrita em capítulo anterior, apresentam-se as questões de investigação colocadas no desenvolvimento deste trabalho:

- Será que as características sócio - demográficas influenciam a atitude do enfermeiro face à família?
- Será que as características profissionais dos enfermeiros influenciam a atitude do enfermeiro face à família?

- As experiências passadas com familiares em situação de doença grave serão motivo para uma melhor atitude dos enfermeiros perante a família?
- Será que há diferenças entre os enfermeiros de reabilitação e os restantes enfermeiros sobre as atitudes face à família?
- Será que há diferenças entre os enfermeiros de reabilitação e os restantes enfermeiros no que diz respeito às causas de *stress* ocupacional?
- Será que há diferenças entre os enfermeiros de reabilitação e os restantes enfermeiros, no que concerne aos estilos de gestão de conflito adoptados perante a família?

Motivado por estas questões e com o suporte conceptual encontrado na revisão de literatura, definiram-se e operacionalizaram-se as variáveis do estudo que são apresentadas no ponto seguinte.

### *1.1 Variáveis em Estudo*

Uma variável representa uma característica de pessoas, de objectos ou de situações em estudo numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores (Fortin, 2003). É uma propriedade em relação à qual os indivíduos que fazem parte de uma amostra, variam; as propriedades que não variam, não apresentam interesse estatístico (Pocinho, 2009).

A literatura apresenta diferentes classificações para as variáveis, sendo a mais comum a de variável dependente e independente. Designa-se independente, aquela variável cuja modificação se supõe poder produzir uma alteração num dado comportamento observável (variável dependente). No entanto, de acordo com Pocinho (2009), nos estudos exploratórios, descritivos e descritivo-correlacionais, onde não existem hipóteses mas questões de investigação, esta denominação está contra-indicada.

Neste caso, as variáveis podem definir-se como primárias - as principais do estudo e com peso na conclusão, derivadas ou secundárias, que existindo, não são mais do que novas variáveis criadas a partir de operações lógicas e/ou matemáticas sobre as variáveis existentes nas bases de dados e por fim as complementares, estas últimas utilizadas para caracterizar a população ou amostra.

Assim, atendendo ao quadro conceptual e às características deste estudo, seleccionaram-se as seguintes variáveis principais:

- Atitudes dos enfermeiros face à família;
- Estilos de gestão de conflito utilizados entre o enfermeiro e a família;
- *Stress* ocupacional dos enfermeiros.

As variáveis complementares que caracterizam a população em estudo são:

- Sexo;
- Idade;
- Título profissional;
- Experiência profissional;
- Habilitações académicas;
- Formação em enfermagem de família;
- Experiências anteriores com familiares gravemente doentes.

As variáveis que de alguma forma possam interferir ou afectar o objecto de estudo devem não só ser tidas em consideração, como ser devidamente controladas para impedir comprometimentos ou riscos de invalidação da pesquisa (Lakatos, 1991). Operacionalizar variáveis, significa definir os conceitos de forma a que possam ser observados e medidos (Fortin, 2003). A mesma autora acrescenta que este processo de operacionalização se desenvolve por etapas, destacando a precisão das definições conceptuais, a especificação das dimensões do conceito, a conversão em indicadores empíricos e por fim a escolha dos meios apropriados para medir as variáveis na população em estudo.

A Tabela 1 apresenta a operacionalização da variável “A atitude do enfermeiro face à família”.

TABELA 1: Variável - Atitude do enfermeiro face à família

Variável	Dimensões / Componentes	Indicadores
A atitude do enfermeiro face à família	Família como parceiro dialogante	Discordo completamente; Discordo; Concorde; Concorde completamente
	e recurso de <i>coping</i>	
	Família como recurso dos cuidados de enfermagem	
	Família como um fardo	



O estudo desta variável parte da concepção de que a atitude se desenvolve a partir de experiências cognitivas e afectivas sobre o objecto visado, exprime uma auto-avaliação sobre o mesmo e é uma predisposição para a acção. A atitude do enfermeiro face à família, indica a percepção que este profissional possui sobre a importância de envolver a família nos cuidados e é indiciadora do seu comportamento. Ao considerar a família como parceiro dialogante o enfermeiro sublinha a importância do estabelecimento de diálogo, propiciando discussões sobre assuntos relacionados com a estrutura familiar e o planeamento dos cuidados (Benzein, 2008a).

A família é analisada como um recurso de *coping* quando este profissional a valoriza pelas suas características, potencialidades e pontos fortes. A família é um recurso para os cuidados de enfermagem, se o enfermeiro considera os familiares peritos e assume a importância de estabelecer com eles uma relação de colaboração, de parceria e de reciprocidade não hierárquica (Wright e Leahey, 2005). Visualizar a família como um fardo, implica uma atitude negativa, não ter tempo para cuidar das famílias e considerá-las inclusivamente indesejáveis.

Os estilos de gestão de conflito utilizados entre os enfermeiro e a família constituem outra das variáveis principais do estudo e está operacionalizada na Tabela 2.

TABELA 2: Variável - Estilos de gestão de conflito entre o enfermeiro e a família

Variável	Dimensões / Componentes	Indicadores
Os estilos de gestão de conflito utilizados entre o enfermeiro e a família	Integração	
	Compromisso	Discordo fortemente; Discordo;
	Servilismo	Indiferente; Concorde; Concorde
	Dominação	fortemente
	Evitação	

As dimensões referentes aos estilos de gestão de conflito são inspiradas no modelo bidimensional de Rahim e Bonoma (1983). O enfermeiro que utiliza com mais frequência o estilo integração, apresenta uma atitude de cooperação com a família, explora de forma construtiva os diferentes modos de pensar os problemas e procura soluções criativas que integrem os vários interesses. Na tendência ao compromisso, o enfermeiro e a família cedem sempre algo na sua posição para poderem tomar uma decisão aceitável para ambos. O profissional adopta um estilo servil quando em detrimento dos seus próprios interesses, se acomoda às

exigências da família, apenas com o objectivo de evitar conflitos. Sempre que o enfermeiro ignora as necessidades e expectativas da família e utiliza a sua posição de poder para impor a sua vontade, está a optar pelo estilo dominação. Os enfermeiros evitadores preferem adiar ou negar situações de conflito com as famílias, podendo potenciar a longo prazo, maior intensidade das situações conflituais.

O *stress* ocupacional dos enfermeiros, constitui a terceira variável principal do estudo, que está operacionalizada na Tabela 3. Considera-se *stress* ocupacional, o resultado da interacção das condições de trabalho com as características do trabalhador, quando as solicitações laborais excedem as habilidades do profissional para as enfrentar (Ross e Altamaier, 1994).

TABELA 3: Variável - Stress ocupacional dos enfermeiros

Variável	Dimensões/ Componentes		Indicadores
<b>O <i>stress</i> ocupacional dos enfermeiros</b>	Ambiente físico	Carga de trabalho	Nunca; Ocasionalmente; Frequentemente; Muito frequentemente
		A morte e o morrer	
	Ambiente psicológico	Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	
		Falta de apoio dos colegas	
		Incerteza quanto aos tratamentos	
		Conflitos com os médicos	
	Ambiente social	Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	

Relativamente ao ambiente físico, o enfermeiro identifica a carga de trabalho como causa de *stress*, quando a falta de tempo o impede de executar todas as actividades de enfermagem necessárias e as tarefas que lhe são solicitadas, fora do seu restrito âmbito profissional.

Condições relativas ao ambiente psicológico podem originar *stress* nos profissionais de enfermagem. A impotência face ao sofrimento dos doentes e o confronto com a morte são indutores de *stress*, considerados na dimensão “A morte e o morrer”. A preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares, surge quando os profissionais não se percebem capazes de dar resposta a sentimentos como tristeza, ansiedade, medo, insegurança, fragilidade e solidão. A falta de apoio dos colegas, manifesta-

se pela não oportunidade de diálogo e pela impossibilidade de partilha de sentimentos e experiências vivenciados no serviço. A incerteza quanto aos tratamentos refere-se a situações de informação inadequada em relação à situação clínica do doente, prescrições médicas aparentemente inapropriadas e à ausência de um médico durante uma situação de emergência.

No ambiente social os enfermeiros identificam como uma causa de *stress* ocupacional, as críticas, os desacordos e os conflitos com os médicos. De forma semelhante os conflitos com outros enfermeiros e com os chefes, também constituem motivo de *stress*, nomeadamente quando surge dificuldade em trabalhar com alguns colegas, quando existe necessidade de ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal ou quando recebem críticas de um superior hierárquico.

As variáveis complementares foram determinadas não só com o intuito de caracterizar os profissionais envolvidos no estudo, mas também com o objectivo de conhecer a sua relação com a variável “Atitude do enfermeiro face à família”. Nas variáveis principais “Estilos de gestão de conflito utilizados entre o enfermeiro e a família” e o “*Stress* ocupacional dos enfermeiros” apenas foram estudadas as relações com a variável complementar “Título profissional de enfermeiro”. A Tabela 4 indica o modo de operacionalização das variáveis sócio - demográficas.

TABELA 4: Variáveis sócio - demográficas dos participantes

Variáveis	Dimensões / Componentes	Indicadores
Sexo	Feminino; Masculino	Sim; Não
Idade	Anos de vida	<25; 26 - 30; 31 - 35; 36 - 40; 41 - 45; 46 - 50; 51 - 55; >56
Experiências anteriores com familiares gravemente doentes		Sim; Não

A variável idade foi operacionalizada em classes, assumindo como referencia os grupos etários descritos pela Ordem dos Enfermeiros (2011) na sua publicação referente aos dados estatísticos dos membros activos e efectivos. As experiências anteriores dos enfermeiros com familiares gravemente doentes foram constituídas como variável do estudo, no sentido de identificar de que forma as vivências pessoais de doença, são modeladoras da sua atitude face à família. As variáveis profissionais dos participantes são operacionalizadas na Tabela 5.

TABELA 5: Variáveis profissionais dos participantes

Variáveis	Dimensões/ Componentes	Indicadores
Título profissional	Enfermeiro; Enfermeiro de reabilitação; Enfermeiro com outra especialidade	Sim; Não
Experiência profissional	Anos de trabalho	<5; 6 - 10; 11 - 15; 16 - 20; 21 - 25; 26 - 30; 31 - 35; > 36
Habilitações académicas	Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento	Sim; Não
Formação em enfermagem de família	Contexto Académico; Formação Contínua; Auto Formação	Sim; Não

Relativamente às variáveis profissionais, fazem sentido os seguintes apontamentos: o título profissional é concedido pela Ordem dos Enfermeiros; a formação em enfermagem de família foi constituída variável, pois é na literatura apontada como influenciadora da atitude do enfermeiro.

## 1.2 População

Uma população pode ser definida, por um conjunto de sujeitos que partilham características comuns e sobre os quais assenta a investigação (Fortin, 2003), ou ainda, por uma agregação de casos que atendem a um conjunto específico de critérios (Polit e Hungler, 2000). Para estas autoras, a distinção entre população alvo e população de acesso, torna-se pertinente. Por população alvo entende-se o conjunto de elementos que o investigador deseja estudar e sobre a qual pretende fazer generalizações. A população de acesso refere-se aos casos que estão de acordo com os critérios de elegibilidade e que estão ao alcance do pesquisador.

Relativamente a este estudo, a população alvo é constituída por 925 enfermeiros que desempenham funções num hospital central, correspondendo à totalidade dos enfermeiros distribuídos nos serviços, em Fevereiro de 2011. São critérios de exclusão do estudo os enfermeiros ausentes por motivo de férias, licença ou baixa prolongada, bem como qualquer enfermeiro que se encontre no serviço na condição de estagiário. Face aos critérios de exclusão, 5% dos enfermeiros do Hospital não participaram no estudo.

Fazem então parte da população acessível, 882 enfermeiros, 6% dos quais são especialistas em enfermagem de reabilitação. Dado o número de enfermeiros ser finito, não excessivamente extenso e haver facilidade de acesso ao campo de pesquisa, optou-se por estudar a totalidade dos enfermeiros.

Apesar da taxa de participação ser elevada em alguns serviços (próxima dos 100%), o valor médio de indivíduos não respondentes é de 44%. Constata-se que alguns serviços não aderiram a esta investigação, como é o caso do Bloco Operatório, onde num total de 135 enfermeiros, apenas se recolheram 16 questionários preenchidos. Considera-se as não respostas inócuas para a qualidade dos dados recolhidos, uma vez que ocorrem ao acaso. Este pressuposto é assumido por Langer (2003), no artigo *About Response Rates - Some Unresolved Questions*, publicado pela *American Association for Public Opinion Research*. Ainda assim, uma taxa de retorno de 56% é próxima à obtida por Benzein et al. (2008), num estudo similar, que procura conhecer as atitudes dos enfermeiros suecos sobre a importância da família nos cuidados de enfermagem.

Recolheram-se então 498 questionários, referentes aos enfermeiros que concordaram em participar no estudo. Foram considerados válidos 480 inquéritos, uma vez que se anularam as participações com dados biográficos incompletos e/ou com escalas por preencher.

### 1.3 Processos de Colheita de Dados

A etapa do processo de investigação dedicada à selecção do instrumento de colheita de dados, acontece depois de realizado todo o trabalho preliminar, relacionado com a definição exacta da informação que se necessita obter. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que mais convém aos objectivos do estudo, o que mais se adequa no sentido de dar resposta às questões de investigação formuladas.

O questionário é constituído por um conjunto de enunciados ou questões que permitem avaliar atitudes e opiniões, assim como colher qualquer outro tipo de informação junto dos sujeitos (Fortin, 2003). A sua utilização está aconselhada quando se pretende interrogar um grande número de pessoas (Quivy e Campenhoudt, 2003). A uniformização de directivas, a apresentação padronizada

e a garantia de anonimato, permite a obtenção de respostas sinceras, rápidas e precisas, facilitando o tratamento dos dados e a inferência estatística.

Este estudo recorre à utilização de um questionário, administrado de forma directa aos inquiridos. Foi pedida a colaboração dos Enfermeiros Chefes, no sentido de motivarem as equipas para o seu preenchimento. O questionário organiza-se em torno das três variáveis principais do estudo, tendo sido seleccionados para a sua operacionalização, instrumentos que se encontram já traduzidos e validados para a população portuguesa, num total de 88 perguntas fechadas (Anexo II).

### *Escala IFCE-AE: A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros*

Este instrumento foi originalmente desenvolvido na Suécia no ano de 2008, por Eva Benzein, Pauline Johansson, Kristofer Arestedt, Agneta Berg e Britt-Inger Saveman, enfermeiros e investigadores. Denomina-se *Families' importance in nursing care - nurses attitudes (FINC-NA)*. A sua construção surge de uma revisão sistemática da literatura iniciada já em 2003.

A FINC-NA permite medir as atitudes dos enfermeiros, sobre a importância de cuidar famílias a partir de uma perspectiva genérica, característica que a torna inovadora. Existem já alguns estudos que procuram conhecer a relação entre enfermeiro e família, mas em contextos muito específicos, como pediatria e cuidados intensivos.

O trabalho desenvolve-se em torno do conceito de que família é mais do que relações de consanguinidade, podendo incluir os vizinhos, amigos ou outras pessoas significativas. Assume como princípio que a família é um recurso importante quer para o doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (Wright e Leahey, 2005).

A escala de auto-preenchimento é passível de se responder em cerca de 7 minutos. É composta por 26 itens, onde é possível definir quatro subescalas ou dimensões: família como um recurso nos cuidados de enfermagem - 10 itens; família como um parceiro dialogante - 8 itens; família como um fardo - 4 itens; família como próprio recurso - 4 itens. As alternativas de resposta situam-se numa escala de concordância de estrutura do tipo Likert, dimensionada para quatro opções e que varia desde “discordo completamente” - 1 ponto a “concordo

completamente” - 4 pontos. Assim, a pontuação obtida para cada item pode variar entre 1 e 4 e em intervalos de 26 a 104 pontos para todo o instrumento. Considera-se que quanto maior o *score* obtido, mais as atitudes dos enfermeiros são de suporte perante a família (Benzein et al., 2008a).

A tradução, validação e adaptação transcultural da escala para a população portuguesa, foi realizado por Oliveira et al. (2009). Esta versão é designada IFCE-AE - A importância das famílias nos cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros.

Neste processo realizaram-se algumas alterações, nomeadamente no que diz respeito às subescalas. Conforme se pode verificar na Tabela 6, o IFCE-AE foi categorizado apenas em três dimensões: família como parceiro dialogante e recurso de *coping* - 12 itens, família como recurso dos cuidados de enfermagem - 10 itens e família como um fardo - 4 itens.

TABELA 6: Consistência interna da escala IFCE-AE

Dimensões	$\alpha$ de Cronbach (adaptação portuguesa)		$\alpha$ de Cronbach (estudo actual)		Itens
Família: parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	0,90	$\alpha$ de Cronbach escala total: 0,87	0,87	$\alpha$ de Cronbach escala total: 0,83	4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	0,84		0,78		1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22
Família: como fardo	0,49		0,59		2, 8, 23 e 26

As propriedades psicométricas do instrumento foram asseguradas - o seu alfa de Cronbach é de 0,87, muito próximo da versão original, que é de 0,88 revelando uma boa consistência interna e uma elevada precisão da versão portuguesa (Oliveira et al., 2009). Neste estudo a escala obteve um alfa de Cronbach de 0,83, garantindo um valor satisfatório na análise da fidelidade dos dados, pois tal como refere Ribeiro (1999:113) “*Uma boa consistência interna deve exceder um  $\alpha$  de 0,80*”. A escala já foi utilizada em diferentes contextos, com garantias de segurança na sua aplicação, pelo que foi dispensada a realização de pré-teste.

### *ROCI-II: Versão Portuguesa do Rahim Organizacional Conflict Inventory - II*

A versão original do instrumento surgiu em 1983, também nos Estados Unidos da América e designa-se de *Rahim Organizational Conflict Inventory - ROCI*. Revista a escala original, o questionário mais recente é o ROCI-II. O seu autor, Afzalur Rahim, tem um longo percurso académico e inúmeras publicações na área dos conflitos organizacionais. Esta escala tem sido muito utilizada em investigação social, garantia das suas patenteadas propriedades psicométricas.

O ROCI-II pretende conhecer os estilos de gestão de conflito que estão na base das relações interpessoais e pode ser aplicado num cenário laboral de qualquer organização. É composto por 28 itens, que se distribuem por 5 dimensões ou subescalas e que se baseiam na conceptualização dos cinco estilos de gestão do conflito interpessoal: integração - 7 itens, evitação - 6 itens, dominação - 5 itens, servilismo - 6 itens e compromisso - 4 itens (Franque, 2006). O questionário é de auto-preenchimento e demora cerca de 8 minutos a responder.

Este instrumento desdobra-se em três formas distintas, com indicação de utilização de cada uma, de acordo com os níveis de hierarquia entre os participantes. A versão A aplica-se na relação com superiores, a versão B destina-se no contacto com subordinados e por fim, a versão C, utiliza-se entre parceiros ou colegas (Cunha e Silva, 2010). O formato da escala é exactamente igual, alterando-se apenas em cada item o vocábulo referente à versão a que se destina. Para responder a cada um foi utilizada uma escala tipo Likert com cinco opções de resposta, em que 1 corresponde a “discordo fortemente” e 5 a “concordo fortemente”. Assim, cada item tem uma pontuação que varia entre 1 e 5, enquanto o *score* total do instrumento é de 150 pontos. Quanto mais alta a pontuação obtida, maior a propensão da pessoa a usar um determinado estilo, ou estilos, no tratamento dos conflitos interpessoais.

A adaptação transcultural do questionário para a população portuguesa foi realizada por Pedro Cunha em 2002 e já conta com inúmeras aplicações em investigações realizadas em diferentes contextos (Franque, 2006; Marques e Cunha, 2004; Galinha, 2009; Cunha e Silva, 2010), pelo que se considerou a dispensa de pré-teste. A escala foi traduzida e aplicada a uma amostra piloto de 10 estudantes, com o objectivo de testar a clareza, precisão e adequação dos itens. Através do processo de “reflexão falada” foram efectuadas alterações ao nível da linguagem, fundamentadas nas sugestões dos inquiridos. A versão revista foi então distribuída, tendo um retorno de 197 questionários válidos. Neste processo de validação surgiram algumas alterações relativas à composição das



subescalas, com a eliminação de 3 itens. A fidelidade do instrumento mantém-se garantida, conforme se verifica ao analisar a Tabela 7. Neste estudo a escala obteve um alfa de Cronbach de 0,83, superior ao obtido na versão original da escala e na adaptação portuguesa.

TABELA 7: Consistência interna da escala de conflito ROCI-II

ROCI - II original (1983)				ROCI - II adaptação portuguesa (2002)		ROCI - II (estudo actual)	
Dimensões	α de Cronbach	Itens	α de Cronbach	Itens	α de Cronbach		
Integração	0,77	1,4, 5, 12, 22, 23 e 28	0,80	1,3, 4, 5, 22, 23 e 28	0,75	α de Cronbach escala total: 0,83	
Evitação	0,75	3, 6, 16, 17, 26 e 27	0,79	6, 16, 17, 26 e 27	0,64		
Dominação	0,72	8, 9, 18, 21 e 25	0,80	8, 9, 18, 21 e 25	0,76		
Servilismo	0,72	2, 10,11, 13, 19 e 24	0,75	2, 10,11, 19 e 24	0,70		
Compromisso	0,72	7,14, 15 e 20	0,68	7,14 e 15	0,57		

O presente estudo tem como palco a organização hospitalar. Pretende conhecer o tipo de gestão de conflito que está na base da relação entre os familiares dos utentes e os enfermeiros. A literatura fundamenta que entre ambos se desenvolve uma relação de parceria e de co-responsabilização, pelo que não há desnivelamento de posições hierárquicas. Foi aplicada a versão “C” da escala, utilizando-se a expressão “familiar do utente” para melhor se adequar aos objectivos do estudo.

### *ESPE - Escala de Stress Profissional dos Enfermeiros*

A *Nursing stress scale* foi desenvolvida por Pamela Gray-Toft e James G. Anderson, nos Estados Unidos da América e publicada em 1981. É uma escala formada por um conjunto de itens descritivos de situações, identificadas como

causadoras de *stress* nos enfermeiros na realização do seu trabalho, em ambiente hospitalar. Não mede o nível de *stress*, mas a frequência com que certos acontecimentos são experienciados como stressantes por estes profissionais de saúde. A realização de entrevistas a profissionais de saúde e a revisão da literatura estiveram na base da construção do instrumento.

A escala é também de auto-administração, cujo preenchimento é passível de se realizar em aproximadamente 10 minutos. É constituída por 34 itens que se agrupam em 7 dimensões associadas às fontes de *stress* profissional e ao ambiente hospitalar. Assim, associada ao ambiente físico, encontra-se a subescala carga de trabalho - 6 itens; o ambiente psicológico relaciona 4 subescalas designadas, morte e morrer, preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares, falta de apoio dos colegas, incerteza quanto aos tratamentos - 18 itens; no ambiente social encontram-se 2 subescalas dirigidas aos conflitos com médicos e com outros enfermeiros ou superiores hierárquicos - 10 itens. A escala original apresenta um alfa de Cronbach global de 0,89 (Santos e Teixeira, 2008).

As opiniões dos participantes são assinaladas numa escala do tipo Likert com 4 opções de resposta - nunca, ocasionalmente, frequentemente e muito frequentemente. A amplitude de resposta por item varia entre 1 e 4 pontos. Apesar de existir alguma incongruência nos valores de amplitude de resposta da *Nursing stress scale*, publicados no *Journal of Behavioral Assessment* em 1981, o contacto com os autores veio esclarecer que o *score* total poderia variar 34 e 136 pontos. Quanto mais alta a pontuação obtida, maior é a frequência de episódios de *stress* vivenciados pelo enfermeiro.

A adaptação transcultural da *Nursing stress scale* foi efectuada por José Manuel Santos e Zélia Teixeira em 2008, tendo resultado na Escala de *stress* profissional dos enfermeiros, cujo conteúdo e estrutura muito se assemelha à original. Ultrapassados os processos de tradução, retrotradução e pré-teste foi aplicada a versão revista da escala a 140 enfermeiros. A garantia da validade e fidelidade da escala foi encontrada ao obter um alfa de Cronbach de 0,93, um teste metade - metade de Guttman de 0,87, um teste Mann-Witney com valores sempre superiores a 0,05 (0,07 - 0,94) e um teste de coeficiente de Spearman-Brown de 0,87 (Santos e Teixeira, 2008). A Tabela 8 expõe a consistência interna da escala, assim como os itens que constituem cada subescala.

TABELA 8: Consistência interna da escala de *stress* profissional dos enfermeiros

Dimensões		$\alpha$ de Cronbach (adaptação portuguesa)	$\alpha$ de Cronbach (estudo actual)	Itens
Ambiente físico	VI: Carga de trabalho	0,74	0,74	1, 25, 27, 28, 30 e 34
Ambiente psicológico	I: A morte e o morrer	0,83	0,79	3, 4, 6, 8, 12, 13 e 21
	III: Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	0,74	0,75	15, 18 e 23
	IV: Falta de apoio dos colegas	0,63	0,74	7, 11 e 16
	VII: Incerteza quanto aos tratamentos	0,79	0,76	17, 26, 31, 32 e 33
Ambiente social	II: Conflitos com os médicos	0,70	0,69	2, 9, 10, 14 e 19
	V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	0,74	0,78	5, 20, 22, 24 e 29

Neste estudo a escala obteve um alfa de Cronbach global de 0,93 coincidente com a adaptação portuguesa da escala e superior ao da escala original. Este instrumento já foi amplamente utilizado, pelo que se considerou dispensar o pré-teste.

Os dados recolhidos através do questionário, foram organizados e informatizados, com recurso ao software aplicativo SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Este programa tem-se tornado um recurso referencial na análise de dados em ciências sociais uma vez que “(...) é uma poderosa ferramenta informática que permite realizar cálculos estatísticos complexos e visualizar os seus resultados em poucos segundos” (Pereira, 2008, p. 16). Após editar a base de registo, os dados foram introduzidos, caso a caso. O aplicativo permite a visualização alternada dos dados referentes aos 480 enfermeiros envolvidos (*Data View*) e das 97 variáveis inicialmente definidas (*Variable View*). Foi um processo demorado, em virtude do número de participantes envolvidos no estudo. Para facilitar o tratamento da informação, algumas variáveis como a idade e o tempo

de exercício profissional, foram reagrupadas. Os casos de resposta omissa foram identificados e recodificados, de forma a não produzirem enviesamentos.

### *1.4 Procedimentos Éticos*

Os aspectos éticos são determinantes na pesquisa científica. Sem um código de ética que aponte os limites e oriente o percurso metodológico, é a própria investigação que fica em causa (Ribeiro, 1999). Desde a selecção do problema até à publicação dos resultados, o investigador tem que assumir um comportamento ético, baseando a sua actuação no reconhecimento explícito da dignidade como valor central de toda a pessoa humana (Martins, 2008).

A realização deste estudo foi aprovada pelo Conselho de Administração do Hospital em análise, após apreciação favorável por parte Direcção de Enfermagem e do Gabinete Coordenador de Investigação (Anexo III). Importa referir que este trabalho teve dispensa da análise pela Comissão de Ética da instituição, pois obedece a critérios publicados em boletim informativo (HGSA, 2007), dos quais se destacam:

- Não existe entrevista nem outra forma de contacto directo entre a investigadora e o participante no estudo;
- A entrega e recolha dos questionários serão efectuadas pelo enfermeiro chefe ou o seu substituto e colocados em envelope fechado e caixa fechada;
- Está assegurado pela investigadora que a participação nos inquéritos é voluntária;
- Com o preenchimento do inquérito é mantido o anonimato e a confidencialidade.

Uma vez que a investigação é anónima, dispensa o consentimento informado dos participantes (Ribeiro, 1999). Os enfermeiros que recusaram participar, simplesmente optaram por não responder. As informações importantes relativas ao estudo constam da primeira página do questionário, estando também disponível o contacto da investigadora, para dúvidas adicionais. A utilização das escalas foi precedida pela respectiva autorização dos autores. Os resultados do estudo são apresentados no próximo capítulo.

## **2. Respostas Percebidas pelos Enfermeiros Face à Família em Contexto Hospitalar - Apresentação de Resultados**

Descrita a metodologia, este capítulo procede à apresentação dos resultados da pesquisa numa perspectiva global, abrangendo toda população em estudo. A sua organização tem referência os objectivos enunciados, descritos já anteriormente no percurso metodológico.

Num primeiro momento realizou-se tratamento estatístico de forma a produzir uma análise descritiva dos dados, considerando que é um procedimento básico, que se inclui normalmente em todas as investigações e que serve para apresentar a “fotografia” do grupo estudado relativamente a determinada variável (Ribeiro, 1999). Neste sentido, recorreu-se às medidas de tendência central e de dispersão para apresentar a informação de uma forma sumária, mas representativa. Posteriormente foi utilizada a análise indutiva ou inferencial, que através de recursos matemáticos especiais se propõe com base na Teoria das Probabilidades, decidir o nível de confiança a partir do qual se podem generalizar os resultados encontrados à população em geral (Pocinho, 2009).

As estatísticas não paramétricas são, tal como as estatísticas paramétricas, técnicas de inferência estatística. Estes testes não paramétricos podem ser utilizados quando os dados obtidos são mensurados com base em escalas de medida ao nível ordinal ou nominal (Infopédia, 2011).

Apesar de na literatura estar vulgarizado que os testes não paramétricos são menos potentes do que os paramétricos, esta concepção nem sempre é real, uma vez que existem alguns testes especificamente desenvolvidos para variáveis ordinais, como é o caso do Kruskal-Wallis (Marôco, 2007). Neste enquadramento e uma vez que se trabalham dados ordinais, assume-se neste trabalho a utilização de estatística não paramétrica.

Inicia-se a apresentação dos dados com a Tabela 9, que retrata a caracterização sócio - demográfica dos participantes no estudo.

TABELA 9: Características sócio - demográficas dos enfermeiros participantes

Características sócio - demográficas	Enfermeiros participantes
Género	Feminino = 75,6% Masculino = 24,4%
Idade	M = 33,8; DP = 8,9
Experiências anteriores com familiares gravemente doentes	Não = 36,5% Sim = 62,7%

Constata-se que os enfermeiros participantes no estudo são maioritariamente do sexo feminino (75,6%), sendo esta a distribuição característica do universo da Enfermagem em Portugal, conforme publicado pela Ordem dos Enfermeiros (2011), onde 81% dos profissionais são mulheres. As idades mais representativas são as compreendidas entre os 26 e os 30 anos, constituindo 38,8% da amostra, com uma moda de 28 anos. A média de idades é de 33,8 anos (DP=8,9). O hospital possui uma equipa de enfermagem jovem, pois 50% dos enfermeiros tem idade inferior a 30 anos. Comparando mais uma vez com os dados estatísticos produzidos pela OE (2011), verifica-se que a classe etária com maior representatividade situa-se igualmente entre os 26 e os 30 anos, com 23% do total de enfermeiros. A experiência pessoal com familiares gravemente doentes, foi confirmada por 62,7% dos inquiridos. As características profissionais dos enfermeiros podem ser analisadas na Tabela 10.

TABELA 10: Características profissionais dos enfermeiros participantes

Características profissionais	Enfermeiros participantes
Título profissional	Enfermeiro = 78,3% Enfermeiro especialista de reabilitação = 9,2% Enfermeiro com outra especialidade = 12,5%
Experiência profissional	M = 10,8; DP = 8,7
Habilitações académicas	Bacharelato = 1,0% Licenciatura = 94,0% Mestrado = 5,0% Doutoramento = 0,0%

Relativamente às habilitações académicas, 94% dos enfermeiros são licenciados. A especialização em enfermagem é título profissional para 21,7% dos participantes, sendo 9,2%, referentes à reabilitação. É de salientar, que o Hospital

em estudo apresenta uma dotação de enfermeiros de reabilitação muito superior à média nacional, que é de 3,14% (OE, 2011), embora parte destes enfermeiros não desenvolva funções na área da sua especialidade. A formação em enfermagem de família é considerada como determinante na atitude dos profissionais. Reconhecendo a importância desta variável, os dados relativos a este atributo profissional foram sujeitos a uma análise mais detalhada (Tabela 11).

TABELA 11: Fontes de formação em enfermagem de família

Formação em enfermagem de família	n	%
Não	208	43,3
Sim, contexto académico	197	41,0
Sim, formação continua	18	3,8
Sim, autoformação	17	3,5
Sim, várias	31	6,5

N = 480; Missing 999 = 9

A formação em enfermagem de família é já uma realidade para 57,7% dos enfermeiros, sendo que 41% destes profissionais já teve contacto com estes conteúdos em contexto académico. Ainda assim, uma instituição que abre diariamente a porta às famílias, apresenta parte substancial dos profissionais de enfermagem sem qualquer formação a este nível (43,3%). De notar que apenas 3,5% dos enfermeiros sentiu necessidade de iniciar um percurso de auto-formação sobre este tema.

Procurou-se perceber de que forma as características pessoais e profissionais dos enfermeiros se relacionavam com as suas aprendizagens na área de enfermagem de família. A escolha do procedimento estatístico recaiu sobre o teste de qui-quadrado ( $\chi^2$ ), uma vez que se torna útil em contexto de estudos descritivos e permite estudar a relação entre duas variáveis (Fortin, 2003). Note-se contudo que o valor de  $\chi^2$  não é um coeficiente de associação, nem de correlação. Quando é aplicado aos dados de um cruzamento de 2 variáveis, testa a hipótese nula que as duas variáveis não estão relacionadas uma com a outra. Um valor significativo ("p" é inferior a 0,05) para este teste estatístico indica que as duas variáveis não são independentes, mas também não declara o grau de relacionamento entre ambas (Hill e Hill, 2002). A Tabela 12 apresenta a relação entre a idade dos participantes e a formação em enfermagem de família.

TABELA 12: Relação entre a idade e a formação em enfermagem de família

Idade	Formação em enfermagem de família	
	Tem formação	Não tem formação
< 25	44	18
26 - 30	112	71
31 - 35	38	39
36 - 40	17	37
41 - 45	17	16
46 - 50	17	8
51 - 55	12	14
> 56	6	5
$\chi^2 = 24,942$	gl = 7	p = 0,001

Ao observar-se a tabela anterior é possível concluir que os enfermeiros mais jovens, quando comparados com os mais velhos, tiveram mais contacto com os conteúdos formativos da enfermagem de família, sendo ainda possível afirmar que essa relação é estatisticamente significativa. Na relação com as variáveis género, título profissional e habilitações literárias não foram encontradas diferenças significativas.

A escala IFCE-AE foi aplicada para avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a sua atitude na relação com os familiares dos doentes. Os resultados estão apresentados na Tabela 13.

TABELA 13: Descrição da atitude do enfermeiro face à família

Escala IFCE-AE	M	DP
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	35,61	4,75
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	30,99	3,57
Família como um fardo	8,15	1,89

Os resultados evidenciam uma atitude positiva perante as famílias, considerando importante a sua presença nos cuidados de enfermagem e a mais-valia obtida no estabelecimento do diálogo entre os enfermeiros e os familiares do doente. As atitudes negativas que se materializam na dimensão “família como um fardo”, obtiveram o resultado médio mais baixo.

Ponderou-se de seguida analisar a intensidade da relação entre as diferentes dimensões da IFCE-AE (Tabela 14), reconhecendo que “um coeficiente de



*correlação é uma estatística descritiva que indica a natureza da relação entre os valores de duas variáveis*” (Hill e Hill, 2002, p. 202). Entre as diversas alternativas disponíveis, a escolha recaiu sobre a correlação de Ró de Spearman, a indicada para escalas ordinais tipo Likert (Marôco, 2007). Esta foi a opção das autoras da escala original (Benzein et al., 2008a), que consideram o *scoore* da escala total e das diversas subescalas, dados ordinais.

TABELA 14: Correlações de Ró de Spearman entre as dimensões da IFCE-AE

IFCE-AE / Família como:	Parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Recurso nos cuidados de enfermagem	Fardo
Parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	1,000	0,693	-0,319
Recurso nos cuidados de enfermagem		1,000	-0,265
Fardo			1,000

N = 480; correlação significativa 0,01

Conforme se pode observar na Tabela 14, existe uma correlação positiva forte entre as dimensões que transmitem uma atitude positiva perante a família. Por outro lado, como era esperado, encontra-se uma correlação negativa, apesar de fraca, entre as duas dimensões “família como parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “família como um recurso nos cuidados de enfermagem” e a dimensão que transparece uma atitude mais negativa, “família como um fardo”.

O ROCI-II foi utilizado para estudar os estilos de gestão de conflitos utilizados na relação dos enfermeiros com os familiares dos doentes internados, estando os resultados apresentados na Tabela 15.

TABELA 15: Descrição dos estilos de gestão de conflito entre o enfermeiro e a família

ROCI-II	M	DP
Integração	27,63	3,24
Evitação	17,87	3,03
Dominação	13,84	3,64
Servilismo	15,77	3,05
Compromisso	11,21	1,71

Os resultados indicam que o estilo integração é o mais utilizado na resolução de conflitos, indicando uma elevada preocupação com os objectivos próprios dos enfermeiros, mas também com os interesses da família. Tem por base uma atitude de cooperação na procura de uma solução construtiva que integre os interesses de ambas as partes. A tendência ao compromisso é o estilo com menos adesão entre os enfermeiros e caracteriza-se por existir um interesse intermédio em atingir os objectivos dos profissionais e da família, numa postura de cedência entre as partes. A evitação é um estilo com algum protagonismo entre os enfermeiros e indica um comportamento de fuga ao problema e de negação à situação do conflito.

A Tabela 16 revela as correlações entre as várias dimensões do ROCI-II.

TABELA 16: Correlações de Ró de Spearman entre as dimensões do ROCI-II

ROCI-II	Integração	Evitação	Dominação	Servilismo	Compromisso
Integração	1,000	0,349**	0,112*	0,310**	0,488**
Evitação		1,000	0,264**	0,291**	0,273**
Dominação			1,000	0,192**	0,166**
Servilismo				1,000	0,323**
Compromisso					1,000

N = 480; \* correlação significativa 0,05; \*\* correlação significativa 0,01

Ao observar a tabela anterior torna-se possível visualizar uma correlação positiva moderada entre os estilos integração e compromisso, validados pelos autores da escala como os mais construtivos, com benefícios para os intervenientes. Simultaneamente é possível verificar uma correlação muito fraca entre o estilo de dominação e o de integração, considerados na literatura como antagónicos.

Reconhecendo pela revisão literária efectuada, que uma atitude favorável à família pressupõe a utilização de estilos de gestão mais construtivos, numa postura de colaboração e cooperação, decidiu-se analisar as correlações de Ró de Spearman entre as dimensões das duas escalas. Os resultados são apresentados na Tabela 17.

TABELA 17: Correlações de Ró de Spearman entre as dimensões da IFCE-AE e do ROCI-II

IFCE-AE Família como:	ROCI-II				
	Integração	Evitação	Dominação	Servilismo	Compromisso
Parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	0,313**	0,46	-0,86	0,325**	0,251**
Recurso nos cuidados de enfermagem	0,268**	-0,002	-0,123**	0,337**	0,243**
Fardo	-0,95*	0,132**	0,197**	-0,243	-0,75

N = 480; \* correlação significativa 0,05; \*\* correlação significativa 0,01

Através da análise da Tabela 17, observam-se correlações positivas embora que fracas entre os estilos integração e compromisso com as atitudes favoráveis dos enfermeiros face à família. Correlações negativas são expectáveis entre considerar a família como um fardo e os estilos de gestão construtivos. De realçar que o servilismo assume o valor de correlação positivo mais elevado, quando comparado com as atitudes que favorecem a família e, o mais negativo, quando se relaciona com a dimensão da atitude desfavorável, provavelmente relacionado com a tradicional postura de “servir” ainda típica da enfermagem.

A relação entre o estilo evitação - considerado pelos autores como o que possui piores repercussões a longo prazo e a dimensão família “parceiro dialogante e recurso de *coping*” é inesperada, na medida em que uma atitude positiva não é compatível com um estilo de gestão tão negativo. Este facto pode ter por base um estado de dissonância cognitiva, uma vez que os enfermeiros reconhecem a importância da família, mas ainda não encontraram estratégias para sustentar esta relação.

Seria importante neste momento apostar no reforço da componente cognitiva e afectiva dos profissionais nos domínios das relações com a família para assim se conseguir um comportamento mais consistente. Outra explicação poderá estar associada ao preenchimento das escalas por parte dos sujeitos com base na desejabilidade social, o que sem dúvida influenciaria os resultados do estudo.

A ESPE foi o instrumento utilizado para avaliar a frequência com que algumas situações são percebidas como stressantes por estes profissionais de saúde (Tabela 18), tendo-se obtido os seguintes resultados médios das subescalas:

TABELA 18: Descrição das causas de *stress* ocupacional dos enfermeiros

ESPE		M	DP
Ambiente físico	VI: Carga de trabalho	15,34	3,22
	I: A morte e o morrer	18,21	3,86
Ambiente psicológico	III: Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	7,10	1,81
	IV: Falta de apoio dos colegas	6,38	1,82
	VII: Incerteza quanto aos tratamentos	12,50	2,86
Ambiente social	II: Conflitos com os médicos	11,28	2,47
	V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	10,99	3,36

Com os resultados obtidos é possível concluir que lidar com a morte e com o morrer, é um momento de permanente dificuldade para os profissionais. A carga de trabalho e a incerteza quanto à eficácia dos tratamentos realizados aos doentes são sentidas pelos enfermeiros como fonte de *stress*. O trabalho em equipa característico da enfermagem fica evidenciado no facto da dimensão “falta de apoio dos colegas” assumir o valor médio mais baixo.

Os conflitos têm um peso significativo na percepção do *stress* dos inquiridos, levando à consideração de que para estes, as situações conflituais têm uma forte conotação negativa. A incapacidade para lidar com as necessidades dos doentes e seus familiares não foi uma dimensão valorizada enquanto acontecimento stressante.

Dado o enquadramento do estudo, optou-se por realizar a análise mais detalhada, em termos de frequências do item 15 (Tabela 19), o único específico para a família e que se designa - “sentir falta de preparação para apoiar a família do doente, nas suas necessidades emocionais”.

TABELA 19: ESPE Item 15 - Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente, nas suas necessidades emocionais

ESPE	n	%
Nunca	42	8,8
Ocasionalmente	234	48,8
Frequentemente	168	35,0
Muito frequentemente	34	7,1
Total	478	99,6

N = 480; Missing 999 = 2

Conforme se pode observar, 8,8% dos enfermeiros têm a percepção que a falta de preparação para apoiar as famílias dos doentes nunca constituiu para si um motivo de *stress*, enquanto cerca de 50% dos profissionais só ocasionalmente sentiu esta falta de preparação como problema. Ainda assim 42,1% dos enfermeiros sente a sua falta de preparação como uma causa de *stress*. A preparação dos profissionais a este nível deve constituir um objectivo, no sentido de reforçar as suas estratégias de *coping*.

Utilizando o procedimento semelhante aos anteriores instrumentos, foram realizadas as correlações de Ró de Spearman entre as dimensões da ESPE. Todas as dimensões apresentam uma correlação positiva moderada a forte, com excepção da subescala “Ambiente psicológico - Falta de apoio dos colegas”, que manifesta uma correlação positiva, mas fraca.

No sentido de compreender a intensidade da relação *stress* ocupacional e atitude face à família, recorreu-se mais uma vez à análise correlacional, tendo os resultados variado entre a correlação negativa muito fraca e a correlação positiva fraca, não se evidenciando desta forma nenhum valor.

Na tentativa de aprofundar a leitura dos dados obtidos com IFCE-AE procurou-se confrontar os resultados com ela obtidos em função das variáveis sócio - profissionais. A relação entre a variável “sexo” com as várias dimensões da escala IFCE-AE (Tabela 20), foi estudada com recurso ao teste teste de Mann-Whitney. Este teste é utilizado para comparar médias de uma variável para 2 grupos de casos independentes (Pereira, 2008).

TABELA 20: Relação entre o sexo e a atitude do enfermeiro face à família

Escala IFCE-AE	Sexo	n	M	Mann-Whitney
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Masculino	117	228,06	U = 19779,50 p = 0,263
	Feminino	363	244,51	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Masculino	117	226,31	U = 19575,00 p = 0,201
	Feminino	363	245,07	
Família como um fardo	Masculino	117	249,95	U = 20129,50 p = 0,390
	Feminino	363	237,45	

Conforme se pode verificar na tabela anterior, os profissionais do sexo feminino apresentam valores médios mais elevados, perante as atitudes que favorecem o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Por outro lado, os profissionais do sexo masculino apresentam um valor médio ligeiramente

superior no que concerne a considerar a família como um fardo. Em qualquer caso, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre ambos os sexos, como se pode observar nos resultados do teste Mann-Whitney, confirmando-se assim a hipótese nula.

A idade dos enfermeiros está tradicionalmente relacionada com a resistência à mudança. A Tabela 21, materializa a relação entre a idade dos enfermeiros e a sua atitude perante a família.

TABELA 21: Relação entre a idade e a atitude do enfermeiro face à família

Escala IFCE-AE	Idade	n	M	Kruskal-Wallis
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	< 25	62	270,63	H = 26,644 gl = 7 p = 0,001
	26 - 30	186	232,06	
	31 - 35	79	205,75	
	36 - 40	55	216,25	
	41 - 45	34	305,19	
	46 - 50	25	315,70	
	51 - 55	27	250,15	
	> 56	12	193,92	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	< 25	62	270,94	H = 21,960 gl = 7 p = 0,003
	26 - 30	186	241,05	
	31 - 35	79	207,35	
	36 - 40	55	211,75	
	41 - 45	34	263,25	
	46 - 50	25	310,58	
	51 - 55	27	263,80	
	> 56	12	161,88	
Família como um fardo	< 25	62	239,83	H = 24,558 gl = 7 p = 0,001
	26 - 30	186	240,58	
	31 - 35	79	275,04	
	36 - 40	55	273,97	
	41 - 45	34	183,96	
	46 - 50	25	155,76	
	51 - 55	27	237,48	
	> 56	12	205,42	

Com o objectivo de analisar as diferenças de médias entre as faixas etárias dos participantes, recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis, que é calculado de forma semelhante ao de Mann-Whitney, possibilitando a generalização para vários grupos independentes de indivíduos (Pereira, 2008). O mesmo autor refere que apesar de

se tratar de estatística não paramétrica, para este teste é necessário o pré-requisito de homogeneidade de variâncias. Para verificar a aplicabilidade do teste de Kruskal-Wallis a esta variável, testou-se assim a variância, tendo-se obtido um valor de significância superior a 0,05 o que garante a sua homogeneidade.

Asseguram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários e as dimensões da escala IFCE-AE, dados confirmados pelo teste de Kruskal-Wallis, que obteve um valor de  $p < 0,05$ . A análise descritiva permite encontrar as médias mais elevadas para atitudes favoráveis à família nos enfermeiros com idades compreendidas entre os 46 e os 50 anos, sendo em consequência esta a faixa etária que apresenta valores médios mais baixos em considerar a família um fardo. Nos profissionais com idade superior a 56 anos é possível verificar uma descida nas médias referentes às atitudes positivas face à família - atingem o valor mais baixo - e uma subida na dimensão que classifica a família como um fardo. Estes dados podem ser justificados em parte pela iminência de uma nova fase de vida, a aposentação, que traz novos objectivos fora do domínio profissional. Os enfermeiros entre os 31 e os 40 anos são sequencialmente os profissionais que apresentam valores médios mais baixos no que diz respeito às atitudes positivas e os que têm médias mais altas ao considerar a família como um fardo.

Tenta-se complementar os dados com a análise do tempo de experiência profissional dos enfermeiros patente na Tabela 22, reconhecendo uma relação muito forte desta variável com a idade ( $r_s = 0,926$ ;  $N = 480$ ;  $p = 0,001$ ).

TABELA 22: Relação entre a experiência profissional e a atitude do enfermeiro face à família

Escala IFCE-AE	Experiência profissional	n	M	Kruskal-Wallis
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	< 5	165	254,42	H = 27,069 gl = 7 p = 0,001
	6 - 10	118	215,79	
	11 - 15	83	207,86	
	16 - 20	52	266,38	
	21 - 25	17	340,21	
	26 - 30	21	297,95	
	31 - 35	17	219,29	
	> 36	7	160,86	

(continua na página seguinte)

(continuação da Tabela 22)

Escala IFCE-AE	Experiência profissional	n	M	Kruskal-Wallis
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	< 5	165	261,08	H = 21,306 gl = 7 p = 0,003
	6 - 10	118	221,33	
	11 - 15	83	204,31	
	16 - 20	52	244,20	
	21 - 25	17	312,50	
	26 - 30	21	295,74	
	31 - 35	17	224,76	
	> 36	7	177,93	
Família como um fardo	< 5	165	233,85	H = 15,753 gl = 7 p = 0,027
	6 - 10	118	254,17	
	11 - 15	83	266,67	
	16 - 20	52	243,32	
	21 - 25	17	182,74	
	26 - 30	21	159,33	
	31 - 35	17	220,00	
	> 36	7	269,07	

Da análise da tabela anterior, sobressaem mais uma vez diferenças significativas de médias, nas três dimensões da escala, quando se comparam com os anos de experiência profissional. Os enfermeiros com tempo de exercício entre os 21 e os 30 anos apresentam os valores médios mais altos nas dimensões favoráveis ao envolvimento da família e naturalmente os valores mais baixos ao considerar a família como um fardo, corroborando os resultados obtidos com a análise da variável idade.

A Tabela 23 procura esclarecer de que modo as habilitações académicas interferem nas atitudes demonstradas pelos profissionais perante a família.

TABELA 23: Relação entre as habilitações académicas e a atitude do enfermeiro face à família

Escala IFCE-AE	Habilitações Académicas	n	M	Kruskal-Wallis
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Bacharelato	5	161,80	H = 2,107 gl = 2 p = 0,349
	Licenciatura	451	240,32	
	Mestrado	24	260,19	

(continua na página seguinte)



(continuação da Tabela 23)

Escala IFCE-AE	Habilitações Académicas	n	M	Kruskal-Wallis
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Bacharelato	5	161,80	H = 2,107 gl = 2 p = 0,349
	Licenciatura	451	240,32	
	Mestrado	24	260,19	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Bacharelato	5	52,60	H = 12,515 gl = 2 p = 0,002
	Licenciatura	451	239,88	
	Mestrado	24	291,35	
Família como um fardo	Bacharelato	5	196,70	H = 0,848 gl = 2 p = 0,655
	Licenciatura	451	241,79	
	Mestrado	24	225,35	

A análise da Tabela 23, revela crescentes médias nas atitudes favoráveis à presença da família, a variar em consonância com o grau académico do enfermeiro. No entanto, apenas na dimensão família como um recurso nos cuidados de enfermagem, existem diferenças com peso estatístico, demonstradas com recurso ao teste Kruskal-Wallis ( $H=12,515$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,002$ ).

Uma vez que pelo menos 41% da formação dos profissionais em enfermagem de família advém do contexto escolar, conforme indicado anteriormente na Tabela 11, a atitude perante a família pode ser justificada pelo contacto com os conteúdos desta disciplina, mais do que pelo próprio grau académico. A Tabela 24 revela a relação entre a existência de formação específica em enfermagem de família e a atitude dos enfermeiros.

TABELA 24: Relação entre a formação em enfermagem de família e a atitude do enfermeiro face à família

Escala IFCE-AE	Formação	n	M	Mann-Whitney
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Não	208	209,96	U = 21935,00 p = 0,001
	Sim	263	256,60	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Não	208	209,30	U = 21799,00 p = 0,001
	Sim	263	257,11	
Família como um fardo	Não	208	261,71	U = 22004,50 p = 0,001
	Sim	263	215,67	

Existem diferenças estatisticamente significativas quando se comparam os dois grupos de enfermeiros, com e sem formação, na atitude de envolver a família nos cuidados. Os enfermeiros que tiveram contacto com esta temática apresentam uma atitude mais favorável, enquanto os profissionais que não tiveram formação apresentam uma média superior na dimensão família como um fardo.

As experiências de vida dos enfermeiros são consideradas determinantes na sua relação com a família. A Tabela 25 demonstra a relação entre as experiências anteriores com familiares gravemente doentes e a atitude do profissional perante a família.

TABELA 25: Relação entre as experiências anteriores com familiares gravemente doentes e a atitude do enfermeiro face à família

Escala IFCE-AE	Experiências	n	M	Mann-Whitney
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Não	175	212,21	U = 21736,00 p = 0,001
	Sim	301	253,79	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Não	175	213,99	U = 22049,00 p = 0,003
	Sim	301	252,75	
Família como um fardo	Não	175	262,05	U = 22216,00 p = 0,004
	Sim	301	224,81	

A tabela anterior evidencia diferenças estatisticamente significativas na atitude face à família, quando se comparam enfermeiros com experiências pessoais de familiares doentes e enfermeiros sem esta característica, indicando que o percurso de vida é influenciador das atitudes pessoais.

A apresentação dos resultados produzidos sobre os enfermeiros participantes na pesquisa revela que estes profissionais têm percepção de uma atitude positiva face à família. A idade, a experiência profissional, a formação em enfermagem de família e as experiências anteriores com familiares gravemente doentes são variáveis que influenciam a atitude dos profissionais. Os dados obtidos indicam ainda que o estilo integração é o mais utilizado pelos enfermeiros na resolução de conflitos com a família e que lidar com a morte e com o morrer, constitui a principal causa de *stress* ocupacional. O próximo capítulo analisa particularmente os enfermeiros especialistas de reabilitação na atitude e nos estilos de gestão de conflitos utilizados face à família, bem como a sua percepção sobre as causas de *stress* ocupacional. Os resultados são alvo de discussão e confrontados com estudos empíricos realizados neste domínio.

### 3. Diferenças entre os Enfermeiros e os Especialistas de Reabilitação - Discussão de Resultados

A discussão de um trabalho de investigação constitui um momento de crítica reflexiva, onde se procura estabelecer a relação entre os resultados obtidos e as questões de investigação formuladas (Fortin, 2003). Este capítulo parte da análise dos dados que posicionam os enfermeiros de reabilitação perante as variáveis principais do estudo, analisa as diferenças com os resultados globais já apresentados no capítulo anterior e interpreta-os à luz de outros trabalhos de investigação.

Para dar início a este percurso, apresenta-se perfil sócio - demográfico do enfermeiro de reabilitação (Tabela 26).

TABELA 26: Características sócio - demográficas dos enfermeiros de reabilitação

Características sócio - demográficas	Enfermeiros reabilitação
Género	Feminino = 68,2% Masculino = 31,8%
Idade	M = 42,6; DP = 9,24
Experiências anteriores com familiares gravemente doentes	Não = 29,5% Sim = 70,5%

Constata-se que a distribuição dos enfermeiros de reabilitação quanto ao sexo, apresenta-se próxima dos valores publicados pela Ordem dos Enfermeiros (2011), onde aproximadamente 2/3 dos profissionais desta especialidade são do género feminino. Os enfermeiros de reabilitação enquadram-se numa faixa etária superior: a média de idades é de 42,6 anos (DP=9,24), contra os 33,8 anos (DP=8,9) da globalidade dos enfermeiros alvo deste estudo. A experiência pessoal com familiares gravemente doentes, foi assumida por 70,5% dos inquiridos.

As características profissionais dos enfermeiros podem ser analisadas na Tabela 27.

TABELA 27: Características profissionais dos enfermeiros de reabilitação

Características profissionais	Enfermeiros de reabilitação
Experiência profissional	M = 18,64; DP = 9,44
Habilitações académicas	Licenciatura = 95,5% Mestrado = 4,5%

A licenciatura é a habilitação académica base dos enfermeiros de reabilitação, embora 4,5% já possuam o título de Mestre. De forma semelhante à variável idade, a experiência profissional é maior do que nos restantes enfermeiros, assumindo valores médios de 18,64%.

As atitudes dos enfermeiros perante a importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem, foram identificadas pela escala IFCE- AE, tendo sido obtidos resultados conducentes com uma atitude positiva. Estes dados vão de encontro aos produzidos num estudo realizado na Suécia em 634 enfermeiros, que revelou que estes profissionais têm maioritariamente uma atitude de suporte face à família, o que é um importante pré-requisito para convidar, envolver e interagir com a família ao longo do processo de cuidados (Benzein, 2008b). As conclusões obtidas têm também *feed-back* em estudos nacionais, desenvolvidos com o intuito de compreender a atitude do enfermeiro face à família, como é o caso das pesquisas desenvolvidas por Oliveira (2009), Galinha (2009) e Martins (2010).

Os enfermeiros consideram em primeira instância a família como uma fonte de informação, um interlocutor com quem se pode estabelecer uma conversação terapêutica, resultados expressos nas médias referentes à dimensão “parceiro dialogante e recurso de *coping*”.

Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Åstedt-Kurki et al. (2001), que ao procurarem perceber de que forma se desenvolve a interacção entre a família e a equipa de enfermagem, concluíram que os profissionais consideram os membros da família essencialmente como informantes e receptores de informação e que as conversações entre ambos, foram o modo mais comum de interacção, cujos temas versavam na grande parte das vezes sobre a condição do doente, a alta hospitalar e a continuidade de tratamentos. O diálogo e os estilos de comunicação entre os enfermeiros e as famílias foram também analisados por Stefanelli e Carvalho (2005), que indicam que mais do que a empatia é importante basear as relações na compreensão, na aceitação, na honestidade, na confiança, no compromisso e no estabelecimento de um acordo entre as partes.

Esta abordagem colaborativa, onde a família é vista como um parceiro, é consistente com o facto de a dimensão “família um recurso para os cuidados de enfermagem” ser sequencialmente a atitude mais encontrada nos participantes deste estudo. A crença de que enfermeiros apresentam conhecimentos técnico-científicos capazes de conduzir à concretização de um plano de trabalho compartilhado é veiculada por Collet e Rocha (2004), que assumem ser esta a melhor forma de abrir o caminho para a emancipação da família e para o exercício de cidadania, em pleno hospital com respeito mútuo e colaboração entre os intervenientes.

Considerar a família como um fardo significa não ter tempo para cuidar das famílias e considerar a sua presença uma fonte de *stress* e de dificuldades para a concretização do trabalho de enfermagem (Benzein, 2008b). Estas crenças constrangedoras estiveram na base das respostas dos enfermeiros que apresentam uma atitude desfavorável face à família e resultados semelhantes aos obtidos neste estudo foram encontrados também nas pesquisas anteriormente referenciadas.

Apresenta-se de seguida, na Tabela 28, a forma como o título profissional, particularmente o de especialista de reabilitação, interfere com a atitude do enfermeiro sobre a importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem.

TABELA 28: Relação entre o título profissional e a atitude do enfermeiro face à família

Escala IFCE-AE	Título profissional	n	M	Mann-Whitney
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Enfermeiro	436	233,52	U = 6550,50 p = 0,001
	Enf. de Reabilitação	44	309,63	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Enfermeiro	436	233,78	U = 6663,00 p = 0,001
	Enf. de Reabilitação	44	307,07	
Família como um fardo	Enfermeiro	436	243,57	U = 8251,50 p = 0,121
	Enf. de Reabilitação	44	210,03	

Através da análise da tabela anterior é possível afirmar que existem diferenças entre os especialistas de reabilitação e os restantes enfermeiros na atitude face à família. Os especialistas de reabilitação apresentam valores de médias superiores às dos restantes enfermeiros no que diz respeito às atitudes positivas face à família, tendo essas diferenças significado estatístico, confirmado

pelo valor de  $p = 0,001$  obtido através do teste Mann-Whitney. Curiosamente, na subescala família como um fardo não existem diferenças estatísticas significativas, apesar dos enfermeiros de reabilitação apresentarem valores de médias inferiores aos restantes profissionais.

O trabalho dos especialistas de reabilitação abrange necessariamente a informação, a orientação e a capacitação dos doentes e familiares na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral (Hesbeen, 2001), pelo que é impensável a sua actividade sem a família. Martins (2002, p. 98) corrobora o que foi referido anteriormente quando diz que *“(...) reabilitar um deficiente sem envolver a família será criar, no futuro, uma barreira no entendimento do viver em conjunto. Não basta ensinar o deficiente a ser independente, quando a família vai dificultar essa independência e reforçar a dependência”*. Reconhecer que a família afecta a saúde do indivíduo e que a saúde do indivíduo afecta toda a família, faz parte dos conteúdos formativos da especialidade de reabilitação e sem dúvida do saber quotidiano destes profissionais.

A atitude do enfermeiro de reabilitação perante a família foi estudada, no sentido de averiguar a influência das variáveis sócio - demográficas. A Tabela 29 indica a relação entre o sexo e a atitude do enfermeiro.

TABELA 29: Relação entre o sexo e a atitude do enfermeiro de reabilitação face à família

Escala IFCE-AE	Sexo	n	M	Mann-Whitney
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Masculino	14	20,14	U = 177,00 p = 0,404
	Feminino	30	23,60	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Masculino	14	21,36	U = 194,00 p = 0,685
	Feminino	30	23,03	
Família como um fardo	Masculino	14	27,50	U = 140,00 p = 0,072
	Feminino	30	20,17	

Tal como para a globalidade de enfermeiros em estudo, a variável sexo não produz diferenças estatísticas significativas, apesar dos profissionais do sexo masculino apresentarem valores médios mais baixos para as atitudes positivas e mais altos ao considerar a família como um fardo. Estes resultados estão em linha com os obtidos por Oliveira (2009) que, ao analisar as atitudes dos enfermeiros face à família nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), não encontrou diferenças

significativas relativas ao género. Já Benzein (2008a), afirma que ser enfermeiro do sexo masculino é condição para uma atitude menos favorável sobre a importância da família nos cuidados. Esta conclusão é semelhante à obtida por Åstedt-Kurki et al. (2001), que afirma que as enfermeiras estão mais predispostas a reconhecer a importância das famílias. Galinha (2009), numa pesquisa realizada em contexto de serviço de urgência encontrou resultados semelhantes aos obtidos neste trabalho, sendo no entanto as diferenças entre os géneros estatisticamente significativas.

A variável “idade” produziu diferenças significativas na atitude do enfermeiro face à família. Procurou-se verificar se esta situação se reproduzia entre os enfermeiros de reabilitação. Os resultados são apresentados na Tabela 30.

TABELA 30: Relação entre a idade e a atitude do enfermeiro de reabilitação face à família

Escala IFCE-AE	Idade	n	M	Kruskal-Wallis
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	26 - 30	6	26,17	H = 3,301 gl = 6 p = 0,770
	31 - 35	6	19,75	
	36 - 40	6	15,67	
	41 - 45	6	22,75	
	46 - 50	9	26,22	
	51 - 55	9	22,11	
	> 56	2	24,50	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	26 - 30	6	28,42	H = 21,960 gl = 6 p = 0,130
	31 - 35	6	20,33	
	36 - 40	6	16,50	
	41 - 45	6	17,00	
	46 - 50	9	32,06	
	51 - 55	9	19,28	
	> 56	2	17,25	
Família como um fardo	26 - 30	6	23,75	H = 24,558 gl = 6 p = 0,272
	31 - 35	6	24,08	
	36 - 40	6	31,00	
	41 - 45	6	26,58	
	46 - 50	9	14,28	
	51 - 55	9	21,11	
	> 56	2	19,50	

Conforme se pode verificar pela análise da Tabela 30, o valor de significância de p permite aceitar a hipótese nula, que não existem diferenças significativas

entre as várias classes etárias e a atitude do enfermeiro de reabilitação perante a família. Desta constatação conclui-se que as variáveis sócio - demográficas (sexo e idade) não influenciam a atitude do especialista de reabilitação face à família.

O tempo de experiência profissional foi também considerado na atitude do enfermeiro de reabilitação, através do teste de Kruskal-Wallis. Os resultados apresentam níveis de significância muito superiores a 0,05 pelo que se considera não existirem diferenças significativas entre os grupos. Esta situação não acontece quando se observa a globalidade dos enfermeiros, onde o tempo de exercício profissional produz diferenças significativas na atitude face à família.

Dados encontrados pela autora da IFCE-AE, indicam que os enfermeiros recém-formados apresentam uma atitude menos favorável, excepto na visão da família como um fardo. A teoria da aquisição de competências de Benner (2005), baseada no modelo Dreyfus revela que os enfermeiros nos primeiros anos da sua actividade profissional, têm os seus objectivos orientados para a concretização de técnicas e tarefas específicas. Quando atingem o nível de perito, estes profissionais desenvolvem capacidade de se descentralizar do cuidado técnico e prestar um cuidado holístico, com desenvolvimento de capacidade de comunicação e actuação perante a família.

Ainda relativo às características profissionais, a influência da variável “habilitações académicas” não foi estudada entre os enfermeiros de reabilitação, uma vez que apenas 2 elementos possuem o mestrado, sendo todos os restantes licenciados. No entanto, quando se avalia a globalidade dos enfermeiros a dimensão “família como um recurso nos cuidados de enfermagem” apresenta diferenças com peso estatístico, indicando que quanto maior o nível de instrução, mais positiva é a atitude perante a família.

Um estudo realizado na Coreia, que procura conhecer a atitude e os níveis de *stress* dos profissionais perante a família (Park, 2010), confirma que a formação interfere nos cuidados à família, uma vez que os enfermeiros quando comparados com os assistentes de enfermagem, têm atitudes mais favoráveis e níveis de *stress* inferiores. Freitas (2009) num estudo realizado nos centros de saúde da Região Autónoma da Madeira, com o objectivo de conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a enfermagem com famílias, identifica os profissionais com licenciatura e mestrado como os grupos que atribuem maior importância ao trabalho com as famílias.

No que concerne à formação em enfermagem de família e apesar de constar dos planos curriculares dos cursos da especialidade de algumas escolas, quase



metade dos enfermeiros de reabilitação (43,18%), não tiveram formação a este nível. A Tabela 31 revela a influência da formação entre os especialistas.

TABELA 31: Relação entre a formação em enfermagem de família e a atitude do enfermeiro de reabilitação face à família

Escala IFCE-AE	Formação	n	M	Mann-Whitney
Família como um parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i>	Não	19	19,42	U = 179,00 p = 0,164
	Sim	25	24,84	
Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	Não	19	20,34	U = 196,50 p = 0,328
	Sim	25	24,14	
Família como um fardo	Não	19	23,55	U = 217,50 p = 0,629
	Sim	25	21,70	

Como se pode verificar não existem diferenças significativas relativas à atitude entre os grupos de enfermeiros de reabilitação com e sem formação em enfermagem de família.

Já para a globalidade dos profissionais estudados, usufruir de formação em enfermagem de família revelou-se influenciador da atitude do enfermeiro, tendo-se obtido diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Estes resultados permitem afirmar que as características profissionais, nomeadamente o tempo de experiência, o grau académico e a formação em enfermagem de família, não influenciam a atitude do enfermeiro de reabilitação. Quando se avaliam todos os enfermeiros envolvidos no estudo é possível concluir que estas características influenciam a sua atitude face à família.

Oliveira et al. (2009), no processo de validação desta escala, afirma que os enfermeiros com formação em enfermagem de família apresentam face à dimensão “família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*”, valores médios mais altos, com significado estatístico. Posteriormente dados obtidos por Martins et al. (2010), indicam que esta formação influencia a atitude dos enfermeiros, uma vez que de forma semelhante os enfermeiros com formação apresentam médias superiores nas atitudes positivas e média inferior na subescala família como um fardo para cuidados de enfermagem. A formação na área da família é ainda distinguida por Freitas (2009) como um factor facilitador das intervenções centradas na família.

Os programas formativos específicos em enfermagem de família também podem contribuir para uma atitude positiva. Cita-se o exemplo de um projecto de

formação em enfermagem dos sistemas familiares, conduzido por Svavardottir (2008) numa instituição hospitalar da Islândia, com o objectivo de potenciar o envolvimento da família de forma sistemática na prática dos cuidados diários pelos enfermeiros, tendo sido obtidos resultados muito positivos para as famílias, para os profissionais e até para a própria instituição.

As experiências anteriores com familiares gravemente doentes também não interferiram significativamente na atitude do enfermeiro especialista de reabilitação. As médias dos dois grupos profissionais (com e sem experiência de doença grave na família) foram comparadas com recurso ao teste Mann-Whitney, com valores de significância muito superiores a 0,05. Reportando à totalidade dos enfermeiros é possível afirmar-se que as experiências anteriores com familiares gravemente doentes influenciam a atitude dos profissionais.

Benzein (2008a) apresenta resultados semelhantes, afirmando que enfermeiros que não tiveram experiências com familiares doentes apresentam médias mais elevadas ao considerar a família como um fardo. Estes dados estão ainda em consonância com a literatura, que revela que o enfermeiro ao vivenciar uma experiência de doença, tem uma noção mais ampla do que é necessário fazer para desempenhar melhor o seu trabalho, reflectindo sobre o que é realmente importante na perspectiva do doente (Tosh-Kennedy, 2008). Schwid (2004) acrescenta que o conhecimento profundo e a interpretação de uma experiência de doença auxilia os profissionais a promover um cuidar holístico, que se revela como a grande finalidade da enfermagem.

Foi também possível com este trabalho, conhecer os estilos de gestão de conflito utilizados pelos enfermeiros nas suas relações com a família. A aplicação do ROCI-II, permitiu concluir que para a totalidade dos enfermeiros em estudo, o estilo predominante é a integração, contudo o estilo de gestão de compromisso, também apontado pelos autores da escala como um estilo construtivo, foi o que obteve médias mais baixas. A evitação é outro estilo considerado pelos enfermeiros na administração de conflitos com os familiares e está associado à inacção, à passividade, às atitudes de fuga e à negação do próprio conflito. Para estes profissionais o conflito assume normalmente uma conotação pejorativa, pelo que com receio das suas consequências, optam por ignorar os problemas.

Não existe muita bibliografia disponível que suporte uma longa discussão destes resultados num contexto de relação enfermeiro e família. Excepção para o estudo realizado por Galinha (2009), que encontra resultados similares aos obtidos nesta investigação, sendo a integração o estilo mais utilizado com a família. De

outros trabalhos que envolvem a utilização do ROCI-II com enfermeiros, Santos (2008) afirma que nas suas relações de trabalho os enfermeiros frequentemente adoptam estratégias de resolução de conflitos integrativas e construtivas, em detrimento das estratégias mais competitivas. Vargas (2010) apresenta como estratégia primária de resolução de conflitos a que os enfermeiros de um bloco operatório mais recorrem no seu dia-a-dia, o compromisso e a secundária a acomodação ou o servilismo. A análise dos estilos de gestão de conflito predominantes em ambiente laboral dos enfermeiros da ilha de S. Miguel, realizada por Franque (2006), apresenta novamente o estilo integração, como o mais utilizado, seguido do estilo de evitação.

A integração é analisada, tendo por base uma atitude de colaboração, onde as partes envolvidas exploram soluções que tragam vantagens para ambos e é considerada por Rahim (2002) o estilo que melhor se adequa à gestão de conflitos sociais. A actividade de enfermagem habilita os profissionais a trabalharem naturalmente em equipa, através do respeito pelos objectivos comuns, pela compreensão e aceitação dos papéis e características de cada interveniente numa atitude de cooperação activa e confiança mútua. Estando estas competências adquiridas, o que falta é capacidade para na prática considerar as famílias participantes efectivas das equipas de saúde e construir com elas uma nova forma de cuidar. A Tabela 32, procura as diferenças entre os estilos de gestão de conflitos adoptados pelos enfermeiros e pelos especialistas de reabilitação.

TABELA 32: Relação entre o título profissional e os estilos de gestão de conflitos entre o enfermeiro e a família

ROCI-II	Título profissional	n	M	Mann-Whitney
Integração	Enfermeiro	436	236,33	U = 7773,00
	Enf. de Reabilitação	44	281,84	p = 0,036
Evitação	Enfermeiro	436	237,18	U = 8144,00
	Enf. de Reabilitação	44	273,41	p = 0,097
Dominação	Enfermeiro	436	243,20	U = 8414,50
	Enf. de Reabilitação	44	213,74	p = 0,178
Servilismo	Enfermeiro	436	236,34	U = 7779,50
	Enf. de Reabilitação	44	281,69	p = 0,038
Compromisso	Enfermeiro	436	237,28	U = 8187,50
	Enf. de Reabilitação	44	272,42	p = 0,096

A análise da Tabela 32 permite afirmar que existe diferença entre os enfermeiros de reabilitação e os restantes enfermeiros, no que concerne aos estilos de gestão de conflito adoptados perante a família. Os resultados com significado estatístico encontram-se nas subescalas integração e servilismo, onde as médias referentes ao especialista de reabilitação apresentam valores mais elevados.

A integração é um estilo de gestão de conflito onde estão inerentes técnicas negociais, próprias de um trabalho cooperativo. Os enfermeiros de reabilitação procuram formas de envolver os indivíduos e famílias, como co-gestores que participam no planeamento, na prestação e na avaliação dos cuidados (Hoeman, 2000). A negociação é um elemento valioso, no sentido de promover menos disparidades conceptuais e harmonizar as inter-relações entre os profissionais e a família; o diálogo assume-se como um instrumento importante, já que a negociação acontece no falar e no ouvir (Gomes, 2000).

A atitude de servilismo que ainda diferencia os especialistas de reabilitação dos restantes enfermeiros, pode ser entendida na perspectiva de Hesbeen (2001), que acredita que estes profissionais no desempenho do seu trabalho com os doentes e com as famílias, têm que estar rodeados de um certo grau de humildade, para não cair no erro de querer pensar pelos outros, para conseguir ajudar sem substituir, para cuidar sem de alguma forma impor ou manipular qualquer condição.

Neste estudo é ainda possível aferir uma atitude paternalista com a família, visível sobretudo nos restantes enfermeiros, conforme se pode entender pelos valores das médias na dimensão dominação. Para estes, aconselha-se a reflexão sobre o seu papel no cuidado à família, já que uma postura hierárquica os distancia da essência da sua profissão (Sousa, Gomes e Santos, 2009).

Os conflitos, particularizando os conflitos mal geridos, podem causar danos, que podendo não ser avaliados imediatamente, surgem mais tarde sob diferentes formas, como é o caso do *stress* (Chanlat e Bénard, 1996). Um estudo realizado por Montoro-Rodriguez e Small (2006), demonstra uma relação directa entre os indivíduos que utilizavam estilos de gestão negativos, como a evitação, com níveis elevados de *stress* ocupacional, enquanto os sujeitos que recorriam a estilos mais cooperativos, apresentavam maior satisfação profissional.

O *stress* é já uma característica assumida na profissão de enfermagem, com repercussões graves na qualidade de vida dos profissionais e na qualidade dos cuidados que prestam aos doentes e famílias.

A aplicação da ESPE permitiu verificar que os processos de morte e morrer foram os com mais frequência sentidos como geradores de *stress* pelos enfermeiros no seu trabalho. Um estudo desenvolvido por Santos e Teixeira (2009), com recurso à ESPE, obteve como resultado relevante “a morte” enquanto situação geradora de *stress* nos profissionais. Batista e Bianchi (2006), desenvolvem uma investigação numa unidade de emergência e apresentam exposição a riscos psíquicos como as situações geradoras de maior *stress* para os profissionais. Os mesmos autores deixam aberta a questão: qual é o investimento de uma instituição voltada à promoção de saúde, na saúde dos profissionais que ali trabalham com morte, doença e dor?

Morrer é um acontecimento natural, uma última etapa do ciclo de vida, que surge quotidianamente nos hospitais. Os enfermeiros, formados essencialmente para salvar vidas, não se podem demitir da necessidade de saber lidar com a morte (Oliveira e Amorim, 2008). Para muitos profissionais a morte apresenta-se como um fracasso, como um objectivo não atingido, suscitando sentimentos de insegurança, revolta, impotência e mesmo uma agressividade interior (Henriques et al., 1995). Stedeford (1986) acrescenta que o contacto com a morte ou com o processo de morrer desperta nos profissionais uma inevitável resposta específica geradora de tensão, *stress*, tristeza, actividade exagerada e fadiga.

A carga de trabalho é vulgarmente tida como um factor de *stress* nos profissionais de enfermagem. Os resultados deste estudo subsidiam esta afirmação, uma vez que esta dimensão obteve o valor médio, subsequente à dimensão “morte e morrer” mais elevado. Os autores da ESPE (2009), apresentam conclusões semelhantes a este estudo, com a carga de trabalho a ser pontuada em segundo lugar como factor de *stress* entre os enfermeiros.

Gomes e Silva (2009) ao realizarem uma observação detalhada sobre as razões que melhor explicam a experiência de *stress* nos profissionais de saúde, encontram uma multiplicidade de fontes de tensão, destacando particularmente a ocorrência sistemática de situações de excesso de trabalho. Batista e Bianchi (2006), asseguram que o número reduzido de funcionários pode ser apresentado como o desencadeador do ritmo acelerado de trabalho dos enfermeiros, constituindo uma fonte considerável de *stress*, repercutindo-se na qualidade dos cuidados e originando confrontos frequentes entre os enfermeiros, doentes e familiares.

Outro género de conflitos, desta vez com a equipa médica e de enfermagem, foi sentido pelos enfermeiros como condicionantes de *stress* e está associado

maioritariamente a questões de autonomia, interdependência de funções e à tomada de decisões.

As equipas multidisciplinares são algo que na prática nem sempre funciona. *“Os diferentes profissionais trabalham num mesmo espaço mas não numa mesma equipa, o que leva a que os conflitos entre grupos profissionais (de modo particular com os médicos) sejam um factor considerado stressante”* (Santos e Teixeira, 2009, p. 377). Os mesmos autores acrescentam que os enfermeiros actualmente detêm um saber teórico que lhes permite capacidade de análise e juízo sobre as situações, o que por vezes leva a desacordos em relação a procedimentos instituídos.

Melo, Gomes e Cruz (1997) realizaram por sua vez, um estudo comparativo entre enfermeiros, médicos e professores sobre as causas de *stress* nestes profissionais, tendo obtido resultados que evidenciam o “papel das chefias” enquanto fonte de pressão no emprego. Estas evidências conduzem à crença de que os conhecimentos relativos à gestão construtiva de conflitos devem ser partilhados por todos os profissionais, uma vez que a sua aplicação é transversal, não se restringindo apenas às relações com a família. Todas as interações são beneficiadas com a utilização de técnicas negociais.

Apesar de todas as possíveis divergências, a equipa de enfermagem é considerada uma fonte de apoio para os enfermeiros - dimensão com valor médio mais baixo, criando oportunidades para se falar abertamente acerca dos problemas do serviço e possibilitando a partilha de experiências e sentimentos.

No sentido de procurar diferenças na identificação de situações de *stress* entre o especialista de reabilitação e os restantes enfermeiros, utilizou-se mais uma vez o teste Mann-Whitney. Os resultados estão expressos na Tabela 33.

TABELA 33: Relação entre o título profissional e o *stress* ocupacional dos enfermeiros

ESPE		Título profissional	n	M	Mann-Whitney
Ambiente físico	VI: Carga de trabalho	Enfermeiro	436	242,23	U = 8839,50 p = 0,389
		Enf. de Reabilitação	44	223,40	
Ambiente psicológico	I: A morte e o morrer	Enfermeiro	436	240,22	U = 9469,00 p = 0,888
		Enf. de Reabilitação	44	243,30	

(continua na página seguinte)

(continuação da Tabela 33)

ESPE		Título profissional	n	M	Mann-Whitney
Ambiente psicológico	III: Preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares	Enfermeiro	436	241,61	U = 9107,50 p = 0,574
		Enf. de Reabilitação	44	229,49	
	IV: Falta de apoio dos colegas	Enfermeiro	436	236,73	U = 7948,00 p = 0,056
		Enf. de Reabilitação	44	277,86	
	VII: Incerteza quanto aos tratamentos	Enfermeiro	436	241,27	U = 9255,00 p = 0,699
		Enf. de Reabilitação	44	232,84	
Ambiente social	II: Conflitos com os médicos	Enfermeiro	436	243,41	U = 8324,50 p = 0,145
		Enf. de Reabilitação	44	211,69	
	V: Conflitos com outros enfermeiros e com os chefes	Enfermeiro	436	242,71	U = 8628,00 p = 0,270
		Enf. de Reabilitação	44	218,59	

A Tabela 33 revela que não existem diferenças com significado estatístico entre os enfermeiros de reabilitação e os restantes enfermeiros na frequência com que situações relacionadas com o trabalho são percebidas como causadoras de *stress*. A análise descritiva permite no entanto considerar que para o especialista de reabilitação, os conflitos, a sobrecarga de trabalho, a incerteza quanto aos tratamentos e a preparação inadequada para lidar com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares têm menos impacto do que para os restantes profissionais.

As dificuldades em lidar com a morte repercutem-se simetricamente nos dois grupos profissionais. A falta de apoio dos colegas é sentida como stressante, especialmente pelos especialistas de reabilitação, que muitas vezes sozinhos - enquanto reabilitadores num serviço, tentam trabalhar em equipa. Isto porque, tal como refere Hesbeen (2001), o espírito de reabilitação deve ser cultivado por todos os membros da equipa. O mesmo autor acrescenta ser necessário sensibilizar os profissionais que não são de reabilitação para que analisem as posições que adoptam na sua relação com o doente e família e que podem ser-lhes prejudiciais. Isto pressupõe que todos os profissionais tenham formação específica, que participem de um projecto conjunto e que sejam despertos para os desafios da reabilitação.

Como síntese deste capítulo é possível afirmar que o enfermeiro de reabilitação é maioritariamente do sexo feminino e apresenta uma idade média de aproximadamente 43 anos, cerca de 10 anos mais velho quando comparado com a idade média de todos os outros enfermeiros. Possui uma atitude positiva perante a família, que não é afectada de forma significativa pelas suas restantes características profissionais e sócio - demográficas. De forma inversa, a globalidade dos enfermeiros vê afectada a sua atitude perante a família, por influência destas variáveis. Perante conflitos com a família, o especialista de reabilitação quando comparado com os restantes enfermeiros, utiliza mais frequentemente os estilos de integração e servilismo. Relativamente à frequência com que certas situações laborais são percebidas como causa de *stress*, não se verificam diferenças entre os grupos profissionais.





## CONCLUSÃO

Concluir um trabalho gera sem dúvida alguma ambivalência de sentimentos. Por um lado a agradável sensação de missão cumprida, de objectivo atingido, por outro, a noção de que ainda existe muito por fazer e que esta conclusão não é mais do que o início de um longo percurso, que se espera produtivo tendo em vista a plena participação das famílias nos cuidados, mesmo em contexto hospitalar.

No mundo do hospital, onde o doente e a equipa de saúde são os grandes protagonistas, a família vem paulatinamente a demarcar o seu lugar, a conquistar um espaço que a cada dia se amplia no sentido do seu reconhecimento como especialistas na situação de doença do seu familiar.

O enfermeiro promotor da acção da família pela perspectiva holística do seu cuidado, experiencia movimentos de aproximação e distanciamento, numa atitude positiva de reconhecimento das suas potencialidades e simultaneamente recuando numa postura defensiva, considerando-a fonte de conflitos e de *stress* profissional.

Uma palavra para o enfermeiro especialista de reabilitação, um profissional cujo trabalho se concretiza na procura da qualidade de vida, da autonomia e independência, na recuperação funcional, na reinserção familiar e social. A sua formação permite-lhe desenvolver competências técnicas e relacionais, reconhecendo que a transição doença/saúde mais do que um processo singular é uma aventura que se vive melhor em família.

Este estudo procurou conhecer as diferenças entre os especialistas de reabilitação e os restantes enfermeiros na atitude e no estilo de gestão de conflitos utilizados face à família, com tradução na percepção de acontecimentos causadores de *stress* por estes profissionais. Foi possível aferir que os enfermeiros têm na sua maioria uma atitude positiva face à família, valorizando a sua presença nos cuidados de enfermagem e reconhecendo a importância do estabelecimento do diálogo com os familiares do utente. A idade do enfermeiro foi um atributo pessoal que influenciou a atitude face à família, notando-se que os profissionais na faixa etária entre os 46 e 50 anos têm uma atitude mais positiva. As diferenças entre os enfermeiros com e sem experiências anteriores com familiares gravemente doentes, produziram resultados estatisticamente significativos. Esta

constatação vem reforçar a convicção de que as experiências de vida têm um efeito modelador das atitudes.

Relativamente às características profissionais, foi possível concluir que o tempo de serviço trazia diferenças com peso estatístico no que se refere à importância atribuída à família. Uma vez que os enfermeiros com tempo profissional situado entre os 21 e 30 anos são coincidentes com os profissionais que apresentam idades compreendidas entre 46 e 50 anos, estes resultados sublinham os obtidos na variável idade.

A formação em enfermagem de família tem sido considerada em várias pesquisas como influenciadora da atitude face à família. Os resultados obtidos por este estudo confirmam que os enfermeiros que trilharam este percurso formativo são mais favoráveis ao envolvimento da família, indo de encontro a uma perspectiva mais cognitivista da formação de atitudes, considerando que as atitudes aprendem-se e podem ser ensinadas.

Conhecer as diferenças entre os especialistas de reabilitação e os restantes enfermeiros constitui um objectivo central desta pesquisa, que orientou todo o seu percurso. No que concerne à atitude face à família, foi possível observar que essas diferenças existem realmente e estão associadas às dimensões positivas da escala IFCE-AE. A dimensão que não subsidia o envolvimento com os familiares não encontrou diferenças significativas entre os especialistas de reabilitação e os restantes enfermeiros. Foi ainda possível verificar a atitude do enfermeiro de reabilitação não é influenciada significativamente variáveis como a idade, o sexo, a formação em enfermagem de família e as experiências com familiares gravemente doentes.

O especial envolvimento com famílias por parte do especialista de reabilitação pode ser compreendido na perspectiva de Hoeman (2000, p. 20) que o denomina de agente de mudança, *“(...) que concede ao doente e família as faculdades de conhecimento, concepção e avaliação das opções, de planeamento conjunto das estratégias de resolução de problemas e dos comportamentos a adoptar para alcançar resultados”*. O enfermeiro de reabilitação interioriza o papel de agente facilitador da transição doença / saúde, num trabalho de plena parceria e colaboração com a família.

Relativamente aos estilos de gestão de conflito utilizados perante a família, os enfermeiros na sua maioria optam pelo estilo “integração”, também designado de soma positiva para resolver problemas com a família. A análise desta dimensão produz diferenças de médias estatisticamente significativas, demonstrando que os

especialistas de reabilitação recorrem com maior frequência a este estilo, em detrimento dos restantes enfermeiros. O estilo servilismo também encontrou diferenças significativas entre os grupos de profissionais. Uma das fragilidades deste estudo revela-se na relação positiva moderada que existe entre o estilo evitação e a atitude positiva face à família, um contrasenso que poderá ser justificado pelo preenchimento da escala com base na desejabilidade social.

No que refere ao *stress* ocupacional, a frequência com que situações inerentes ao quotidiano de enfermagem são percepcionadas como stressantes não produziu diferenças significativas entre os especialistas de reabilitação e os restantes enfermeiros. De realçar que a dimensão morte e morrer foi a considerada mais vezes como causadora de *stress* pela maioria dos profissionais.

Perante estes resultados é possível considerar existem diferenças entre os especialistas de reabilitação e os restantes enfermeiros, na atitude e no estilo de gestão de conflitos utilizados face à família, sem tradução significativa na percepção dos acontecimentos causadores de *stress* para os profissionais.

As conclusões que se retiram deste estudo assumem-se úteis e relevantes para a enfermagem, nomeadamente na área da especialidade de reabilitação, onde existe uma carência efectiva de resultados empíricos que evidenciem e orientem a acção destes enfermeiros. De uma forma conjugada, enquadrando a área da assistência à família, abre portas para perspectivas inovadoras no trabalho destes profissionais. O realce da figura do enfermeiro especialista de reabilitação faz claramente sentido, no âmbito de um mestrado em enfermagem de reabilitação, com o intuito de promover a inclusão do conhecimento produzido na prática especializada como base para a inovação e descoberta (ESEP, 2011).

Os objectivos definidos no início do estudo adivinhavam-se ambiciosos, quando confrontados com a imensidão de trabalho que havia para fazer, com as múltiplas dificuldades que se poderiam encontrar. Felizmente, os eventuais constrangimentos não constituíram barreiras intransponíveis e com algum esforço ultrapassaram-se. A inexperiência, as indecisões, as limitações de tempo foram colmatadas por uma preciosa orientação que serviu também como impulsionadora e animadora de todo este projecto.

Um outro ponto positivo refere-se à instituição hospitalar onde se realizou o estudo, que uma vez transpostas as formalidades referentes à sua autorização, sempre demonstrou disponibilidade sentida através da atitude do Enfermeiro Director e particularmente dos Enfermeiros Chefes que mediam todo o processo

de colheita de dados, contribuindo para que os profissionais dos seus serviços se sentissem motivados em participar.

A inexistência de dados publicados sobre algumas temáticas em estudo reclamava uma amostra tão extensa quanto possível, o que só seria possível através de uma abordagem do tipo quantitativo, com recurso a um instrumento de recolha de dados de fácil distribuição e recolha. Mantém-se contudo aberta a possibilidade de se realizarem futuras investigações sobre estes temas, inseridas num paradigma qualitativo, com a utilização de estratégias como as entrevistas em profundidade com base nas quais será possível a compreensão dos fenómenos segundo a perspectiva livre e vivencial dos sujeitos envolvidos.

Uma vez que cerca de metade dos enfermeiros participantes ainda não tiveram contacto com os conteúdos formativos da enfermagem de família, seria oportuno da parte da instituição palco deste estudo investir na formação contínua nesta área. Em termos académicos será também muito positivo reforçar os conhecimentos sobre este tema, aos alunos de enfermagem preparando-os para um futuro melhor de convivência e trabalho com os doentes e seus familiares.

Uma outra sugestão passa por ouvir a opinião das famílias, tentando modelar o hospital às suas reais necessidades, pois tal como refere Boehs (2004) é hora de despojar as paredes nuas e brancas dos hospitais, de abolir o excesso de normas e rotinas do atendimento. É o momento de dar voz à família e pontenciar a humanização.

## REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIA

ABREU, W. C. - *Transições e contextos multiculturais*. 2.<sup>a</sup> ed. Coimbra: Formasau, 2011.

AGÜIR, E.; PONS, M. - La versión castellana de la escala "the nursing stress scale": Proceso de adaptación transcultural. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 72, n.º 6, (Nov. - Dez. 1998).

ALARCÃO, M. - *(Des)Equilíbrios Familiares*. 3.<sup>a</sup> ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2006.

ALCOBIA, P. - Atitudes e satisfação no trabalho. In FERREIRA, J. M. C. [et al.] - *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Alfragide: McGraw-Hill, 2001, p. 281-306.

ALMEIDA, F. - *Psicologia para gestores: comportamentos de sucesso nas organizações*. Alfragide: McGraw-Hill, 1999.

ARAÚJO, I. M. B. - *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010.

ÅSTEDT-KURKI, P.; PAAVILAINEN, E.; TAMMENTIE, T.; PAUNONEN-ILMONEN, M. - Interaction between adult patients' family members and nursing staff on a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 15 (2001), p. 142-150.

AUGUSTO, B. [et al.] - *Cuidados Continuados: Família, Centro de saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. 2.<sup>a</sup> ed. Coimbra: Formasau, 2005.

BACKES, D.; BACKES, M.; SOUSA, F.; ERDMANN, A. - O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. Vol. 7, n.º 3 (Jul. - Set., 2008), p. 319-326.

BAILEY, J. J.; SABBAGH, M.; LOISELLE, C.; BOILEAU, J.; MCVEY, L. - Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Nursing*. Vol. 26 (2010), p. 114-122.

BARBIERI, M. C. - Comentário do Enfermeiro. In ORDEM DOS ENFERMEIROS - *A cada família o seu enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Junho, 2002, p. 137-141.

BARBIERI, M. C. - Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. N.º 10 (Jan. 1997), p. 19-22.

BASTO, M. - Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. *Revista portuguesa de saúde pública*. Vol. 23, n.º 1 (Jan. - Jun. 2005), p. 25-41.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. - Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 14, n.º 4 (Jul. - Ago. 2006), p. 534-539.

BENNER, P. - *De iniciado a perito*. 2.ª ed. Coimbra: Quarteto, 2005.

BENZEIN, E.; JOHANSSON, P.; ÅRESTEDT, K.; BERG, A.; SAVEMAN, B-I. - Families' importance in nursing care: nurses' attitudes, an instrument development. *Journal of Family Nursing*. Vol. 14 (2008a), p. 97-117.

BENZEIN, E.; JOHANSSON, P.; ÅRESTEDT, K.; SAVEMAN, B-I. - Nurses' attitudes towards families' importance in nursing care: a random sample survey. *Journal of Family Nursing*. Vol. 14 (2008b), p. 162-180.

BITTI, P.; ZANI, B. - *A comunicação como processo social*. Lisboa: Editorial Estampa, 1993.

BOEHS, A. E. - O sistema profissional de cuidado e a família: os movimentos de aproximação e distanciamento. In ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. - *O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença*. 2.ª ed. Maringá: EDUEM, 2004, p. 217-231.

BONILLA, A. R. - A família do doente: leitura psicológica. *Hospitalidade*. Ano 53, n.º 208 (1989), p. 20-48.

BOSS, P. - *Family stress management: a contextual approach*. 2<sup>nd</sup> ed. U.S.: Sage Publications, 2002.

BRANCO, A. - *Competência Emocional*. Coimbra: Quarteto, 2004.

BRIDGES, W. - *Transitions: Making Sense of Life`s Changes*. Cambridge: Da Capo Press, 2004.

BROWN, F. H. - O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In CARTER, B.; MGCOLDRICK, M. - *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. 2.<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, p. 393-414.

CAETANO, E. - *Internamento em hospitais elementos tecnológicos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

CASANOVA, E. G.; LOPES, G. T. - Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 62, n.º 6 (Nov. - Dez. 2009), p. 831-836.

CHANLAT, A.; BÉDARD, R. - Palavras: a ferramenta do executivo. In CHANLAT, J. F. - *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. Vol. 1. São Paulo: Atlas, 1996, p. 123-161.

CLOKE, K.; GOLDSMITH, J. - *Resolving Conflicts at Work*. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. - Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol. 12, n.º 2 (Mar. - Abr. 2004), p. 191-197.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão Beta 2. 3.<sup>a</sup> ed. Lisboa, 2005.

COSTA, M. - Enfermagem: ajudar os outros a ser competentes. *Revista Ser Saúde*. N.º 6 (Jul. - Ago. 2007), p. 24-37.

COSTA, M. - *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século Edições, 1998.



COSTA, M. - Especialidades em enfermagem: a encruzilhada de saberes e profissionais. *Revista Sinais Vitais*. N.º 69 (Nov. 2006), p. 9-18.

CUNHA, L. M. A. - *Modelos Rasch e Escalas Likert e Thurstone na medição de atitudes*. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, para a obtenção de grau de mestre em probabilidades e estatística, 2007.

CUNHA, P. - A diversidade de práticas na relação entre género, conflito e negociação. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UFP*. N.º 5, 2009.

CUNHA, P. - *Conflito e negociação*. Porto: Edições Asa, 2001.

CUNHA, P.; MOREIRA, M. - *Análise empírica sobre os estilos de gestão do conflito predominantes em contexto laboral*, 2002.

CUNHA, P.; MOREIRA, M.; SILVA, P. I. - Estilos de gestão de conflito nas organizações: uma contribuição exploratória para a prática construtiva da resolução de conflitos. *Recursos Humanos Magazine*. N.º 29 (2003), p. 42-52.

CUNHA, P; SILVA, P. - *Resolução de Conflitos em Contexto de Intervenção Social: análise em Centros Distritais de Solidariedade e Segurança Social do Norte de Portugal*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia da Universidade do Minho, Fevereiro, 2010.

DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de Setembro de 1996. *D.R. I Série-A*. N.º 205, p. 2959-2962.

DELBROUCK, M. - *Síndrome de exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.

DIBAI, M.; CADE, N. - A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. *Revista enfermagem UERJ*. Vol. 17, n.º 1 (Jan.-Mar. 2009), p. 86-100.

DIMAS, I. D.; LOURENÇO, P. R.; MIGUEZ, J. - (Re)Pensar os conflitos intragrupais: desempenho e níveis de desenvolvimento. *Psicologia*. Vol. 21, n.º 2 (2007), p. 183-205.

DIMAS, I. D.; LOURENÇO, P. R.; MIGUEZ, J. - Conflitos e desenvolvimento nos grupos e equipas de trabalho: uma abordagem integrada. *Psychologica*. Vol. 38 (2005), p. 103-119.

DIOGO, P. - *A vida emocional do Enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau, 2006.

DOMINGOS, G. - Stress Ocupacional. *Revista Dirigir*. N.º 89 (Jan. - Fev. 2005), p. 28-36.

DUBOIS, C. A.; MCKEE, M.; NOLTE, E. - *Human resources for health in Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. England: World Health Organization and Open University Press, 2006.

ESENF - *Objectivos do curso de mestrado em enfermagem de reabilitação*. In Escola Superior de Enfermagem do Porto [Em linha]. [Consult. 2011-07-08]. Disponível na www: <URL: [http://candidato.esenf.pt/html/jasou\\_MER.html](http://candidato.esenf.pt/html/jasou_MER.html)>.

EUROSTAT - *Euro area unemployment rate*. In Eurostat: news release euro indicators [Em linha]. N.º 114/2011. [Consult. 2011-08-28]. Disponível na www: <URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>>.

FARRELL, M.; JOSEPH, D.; SCHWARTZ-BARCOTT, D. - Visiting hours in the ICU: Finding the balance among patient, visitor and staff needs. *Nursing Forum*. Vol. 40, n.º 1 (Jan. - Mar. 2005), p. 18-29.

FESTINGER, L.; CARLSMITH, J. M. - Cognitive Consequences of Forced Compliance. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. Vol. 58 (1959), p. 203-210.

FIESE, B.; TOMCHO, T.; DOUGLAS, M.; JOSEPHS, K.; POLTROCK, S.; BAKER, T. - A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: cause for celebration? *Journal of Family Psychology*. Vol. 16, n.º 4 (2002), p. 381-390.

FISHER, C.; LINDHORST, H.; MATTHEWS, T.; MUNROE, D. J.; PAULIN, D.; SCOTT, D. - Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 64, n.º 6 (2008), p. 615-624.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. - An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, N.º 21, (1980), p 219-239.

FORTIN, M. F. - *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência, 2003.

FRANCO, P.; MARTINS, C. - A visita de familiares ao doente internado no Hospital do Espírito Santo de Évora. *Revista Nursing*. N.º 142 (Mar. 2000), p. 34-36.

FRANQUE, P. F. - *Análise dos estilos de gestão de conflito predominantes em ambiente laboral dos enfermeiros da ilha de S. Miguel*. Dissertação apresentada à Universidade dos Açores, para a obtenção de grau de mestre em gestão pública, 2006.

FREITAS, A. - Avaliação e intervenção de enfermagem de família nos CSP na RAM. In BARBIERI, M. C. [et al.] - *Da investigação à prática de Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto - Linha de investigação de enfermagem de família, 2009, p. 24-33.

FRIEDMANN, M. L. - The concept of family nursing. *Journal of advanced nursing*. Vol. 14 (1989), p. 211-216.

GALHANAS, C. - Da qualificação à produção de competências em enfermagem: a importância da formação em serviço. *Pensar em Enfermagem*. Vol. 1, n.º 0 (1.º sem. 1997), p. 5-9.

GALINHA, F. - *Mediar para cuidar: o enfermeiro no serviço de urgência como preventor e gestor de conflitos com a família do utente; contributos das técnicas de mediação familiar*. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa, para a obtenção de grau de mestre em ciências da família, 2009.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. - *O Inquérito: teoria e prática*. 4.<sup>a</sup> ed. Oeiras: Celta Editora, 2001.

GOLEMAN, D. - *Inteligência Emocional*. 12.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Temas e debates, 2003.

GOMES, B. P. - *Enfermagem de reabilitação um contributo para a satisfação do utente*. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2008.

GOMES, G. C. - *A família como cliente na unidade de pediatria*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2000.

GRAY-TOFT, P.; ANDERSON, J. - The Nursing Stress Scale: Development of an Instrument. *Journal of Behavioral Assessment*. N.º 3 (1981), p. 11-23.

GRAZIANI, P.; SWENDSEN, J. - *O stress: emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.

GUERRA, S. T. - *O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar*. Tese submetida como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, pela Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil, 2008.

HANSON, S. - *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. 2.ª ed. Loures: Lusociência, 2005.

HENCKEMAIER, L. - Dificuldades ao cuidar da família no hospital. In: ELSÉN, I.; MARCON, S.; SILVA, M. - *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem, 2004, p. 357-568.

HENRIQUES, M.; MONTEIRO, Z.; LÚCIA, A. - O enfermeiro e a morte. *Servir*. Vol. 43, n.º 1 (1995), p. 9-17.

HESBEEN, W. - *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência, 2003.

HESPANHOL, A. - *Burnout e stress ocupacional*. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol.7, n.º 1-2 (2005), p. 153-162.

HGSA - Boletim Informativo N.º 50, 2007.

HILL, M.; HILL, A. - *Investigação por questionário*. 2.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo Lda., 2002.

HILL, R. - Generic features of families under stress. *Social Casework*. Vol. 39 (1958), p. 139-150.

HOEMAN, S. P. - *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo*. 2.ª ed. Loures: Lusociência, 2000.

INFOPEDIA - *Estatística não-paramétrica*. In Infopédia [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2011. [Consult. 2011-07-21]. Disponível na [www: <URL:http://www.infopedia.pt/\\$estatistica-nao-parametrica>](http://www.infopedia.pt/$estatistica-nao-parametrica).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Mulheres e Homens nos Anos 90: Destaque Informação à Comunicação Social*. Lisboa: INE, 2011.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES - *Nurses always there for you: caring for families*. Information and action toolkit. Geneva, 2002.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES - *Position statement on nursing research*. Geneva, 1999.

JACA, L. M.; RIQUELME, J. M. - *Conflicto y Negociación*. Madrid: Ediciones Pirámide, 1998.

JOHNSTONE, M. - *Tratamento domiciliar do doente hemiplégico: vivendo dentro de um esquema*. São Paulo: Atheneu, 1986.

KEROUAC, S. [et al.] - *El pensamiento enfermeiro*. Barcelona: Masson, 1996.

LA MONICA, E. L. - *Dirección e Administración en Enfermería: un enfoque práctico*. España: Doyma, Libros España, 1994.

LAKATOS, E. M. [et al.] - *Fundamentos de metodologia científica*. 3.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LAMBIN, J. J. - *Marketing Estratégico*. Lisboa: McGraw-Hill, 2000.

LANGER, G. - About response rates: some unresolved questions. *Public Perspective*. (May - Jun. 2003), p. 16-18.

LAUWE, P. H. C.; LAUWE M J. C. - A evolução contemporânea da Família: estruturas, funções, necessidades. *Revista Análise Social*. Vol. III, n.º 12 (1965), p. 475-500.

LEITE, S. - Famílias em Portugal: Breve caracterização demográfica com base nos Censos 1991 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*. N.º 33 (2003), p. 23-38.

LIMA, E.; CARVALHO, D. - Estresse ocupacional. *Revista Nursing*. N.º 22 (2000), p. 30-34.

LIMA, L. P. - Atitudes: estrutura e mudança. In VALA, J.; MONTEIRO, M. B. - *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000, p. 187-225.

LUCMAN; SORENSEN - *Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica*. 4.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. - *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, Lda, 2003.

MARÔCO, J. - *Análise estatística: com utilização do SPSS*. 3.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2007

MARQUES, L.; CUNHA, P. - Estilos de Gestão de Conflito em Contexto Escolar: Análise de Algumas Variáveis Relevantes. In *Actas do V Congresso Nacional de Sociologia*, 2004. 1 CD-Rom.

MARTINS, J. - Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Revista Pensar Enfermagem*. Vol. 12, n.º 2 (2.º sem. 2008), p. 62-66.

MARTINS, M. - *Uma crise accidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau, 2002.

MARTINS, M. [et al.] - Enfermagem de família: atitudes dos enfermeiros face à família. Estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In BARBIERI, M. C. [et al.] - *Redes de conhecimento em enfermagem de família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2010, p. 20-31.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. - *The truth about burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

MCINTYRE, S. E. - Como as pessoas gerem o conflito nas organizações: estratégias individuais negociais. *Análise Psicológica*. Vol. 25, n.º 2 (2007), p. 295-305.

MCKIERNANA, M.; MCCARTHY, G. - Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*. Vol. 26 (2010), p. 254-261.

MÈGRE, P. - Novas competências numa perspectiva de desenvolvimento profissional. *Pensar em Enfermagem*. Vol. 2, n.º 2 (1998), p. 9-15.

MELEIS, A. - *Theoretical nursing: development and progress*. 3.<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

MELEIS, A. - *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer, 2010.

MELEIS, A.; SAWYER, L.; IM, E.; HILFINGER, M.; SCHUMACHER, K. - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. Vol. 23, n.º 1 (Sep. 2000), p. 12-28.

MELO, B. T.; GOMES, A. R.; CRUZ, J. F. A. - Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. Vol. 2 (1997), p. 53-72.

MERCER, R.; NICHOLS, E.; DOYLE, G. - Transitions over the life cycle: a comparison of mothers and non mothers. *Nursing Research*. Vol. 37, n.º 3 (May - Jun. 1998), p. 144-151.

MINUCHIN, S.; FISHMAN, C. - *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1990.

MONTORO-RODRIGUEZ, J.; SMALL, J. - The role of conflict resolution styles on nursing staff morale, burnout and job satisfaction in long-term care. *Journal of Aging and Health*. Vol. 18, n.º 3 (2006), p. 385-406.

MORISSETE, D.; GINGRAS, M. - *Como ensinar atitudes: planificar, intervir, Valorizar*. 2.ª ed. Porto: Edições Asa, 1999.

OLIVEIRA, P. C. [et al.] - Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCE-AE. In UNIESEP - *Da investigação à prática de enfermagem de família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009, p. 34-48.

OLIVEIRA, W. I. A.; AMORIM, R. C. - A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol. 29, n.º 2 (Jun. 2008), p. 191-198.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Dados Estatísticos 2000 - 2010*. Lisboa: OE, 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Divulgar: competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: OE, 2003. (Conselho de Enfermagem).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: OE, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *O enfermeiro em saúde familiar: um conceito novo?* Lisboa: OE, 2000.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - *Apprendre ensemble pour oeuvrer ensemble au service de la santé*. Genève: OMS, 1988. (Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la formation pluriprofessionnelle du personnel de santé: la formation en équipe).

PARK, M. - Nursing staff stress from caregiving and attitudes toward family members of nursing home residents with dementia in Korea. *Asian Nursing Research*. Vol. 4, n.º 3 (2010), p. 130-141.

PEREIRA, A. - *Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 7.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

PIRES, A. - As novas competências profissionais. *Revista Formar*, Vol. 10 (1994), p. 4-19.

POCINHO, M. - *Manual de estatística - Volume I*. [Em linha]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, 2009. [Consult. 2011-05-03]. Disponível na [www:<URL:http://docentes.ismt.pt/~m\\_pocinho/Sebenta\\_estatistica%20I.pdf>](http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estatistica%20I.pdf).

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. - *Investigacion cientifica en ciencias de la salud*. 6.ª ed. México: McGraw-Hill, 2000.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - *Circular Normativa n.º 4/DSPCS, 2000-01-28*. Visitas e acompanhamento familiar a doentes internados.

PRUITT, D. G.; RUBIN, J. Z. - *Social conflict: escalation, stalemate, and settlement*. New York: Random House, 1986.

QUEIROZ, A. A. - Enfermeiros e famílias: abordagem sobre a enfermagem de família e o enfermeiro (de saúde) da família. *Revista Sinais Vitais*. N.º 85 (Jul. 2009), p. 11-20.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. - *Manual de investigação em ciências sociais*. 3.ª ed. Lisboa: Editora Gradiva, 2003.

RAHIM, M. A. - Toward theory of managing organizational conflict. *The International Journal of Conflict Management*. Vol. 13, n.º 3 (2002), p. 206-235



REGULAMENTO n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. *D.R. II Série*. N.º 35, p. 8648-8649.

REGULAMENTO n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. *D.R. II Série*. N.º 35, p. 8658-8659.

RELVAS, A. P. - *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. 2.<sup>a</sup> ed. Porto: Editora Afrontamento, 2000.

RELVAS, A. P.; ALARCÃO, M. - *Novas formas de família*. Coimbra: Quarteto Editora, 2002.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 50/2004 de 13 de Abril de 2004. *D.R. I Série - B*. N.º 87, p. 2242-2248.

REY, L. - *Dicionário da Saúde e da Prevenção de seus Riscos*. Porto: Nova Guanabara, 2006.

RIBEIRO, J. L. P. - *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.

ROLLAND, J. S. - Doenças crónicas e o ciclo de vida familiar. In CARTER, B.; MGCOLDRICK, M. - *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2.<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, p. 373-392.

ROSS, R.; ALTMAYER, E. - *Intervention in occupational stress*. London: Seige Publications, 1994.

SANTOS, D. M. N. - *A influência do empenhamento organizacional e profissional dos enfermeiros nas estratégias de resolução de conflito*. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Março, 2008.

SANTOS, J. M. O.; TEIXEIRA, Z. M. - The nursing stress scale: Desenvolvimento da versão portuguesa da escala. *Revista de Investigação em Enfermagem*. N.º 18 (Ago. 2008), p. 4.

SANTOS, J. M.; TEIXEIRA, Z. M. - O stresse profissional dos enfermeiros. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, N.º 6 (2009), p. 368-378.

SARABIA, B. - A aprendizagem e o ensino das atitudes. In COLL. C. [et al.] - *Os conteúdos na reforma: ensino e aprendizagem de conceitos, procedimentos e atitudes*. Porto Alegre: Artmed, 2000, p. 153-165.

SARAIVA, D. - Atitude do enfermeiro perante a morte. *Revista Nursing*. N.º 24 (Abr. 2009), p. 6-13.

SCHERMERHORN; HUNT; OSBORN - *Fundamentos do comportamento organizacional*. Portalegre: Bookman Companhia Editora, 1999.

SCHWIND, J. K. - *When nurse-teachers become ill: a narrative inquiry into the personal illness experience of three nurse-teachers*. A thesis submitted in conformity with the requirements for the degree of Doctor of Philosophy Department of Curriculum, Teaching and Learning, Ontario Institute for Studies in Education of the University of Toronto, Canada, 2004.

SELYE, H. - *The stress of life*. New York, Mc Graw-Hill, 1956.

SERRA, A. V. - *O stress na vida de todos os dias*. 3.ª ed. Coimbra: Edição do Autor, 2007.

SERRANO, G.; RODRIGUEZ, D. - *Negociación en las organizaciones*. Madrid: Eudema, 1993.

SHUMACHER, K. L.; MELEIS, A. - Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 26, n.º 2 (1994), p. 119-127.

SILVA, L.; BOCCHI, S. - A sinalização do enfermeiro entre os papeis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 13, n.º 2 (Mar. - Abr. 2005), p. 180-187.

SILVA, M. C. M.; GOMES, A. R. S. - Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de psicologia*. Vol. 14, n.º 3 (Set. - Dez. 2009), p. 239-248.

SILVA, S. - Família como cliente de cuidados: perspectivas e práticas do enfermeiro de família. In UNIESEP - *Da investigação à prática de enfermagem de família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009, p. 58-66.

SIQUEIRA, A.; FILIPINI, R.; POSSO, M.; FIORANO, A., GONÇALVES, S. - Relacionamento enfermeiro, paciente e família: Fatores comportamentais

associados à qualidade da assistência. *Arq Med ABC*. Vol. 31, n.º 2 (2006), p. 73-77.

SOUSA, J. E. P. - As famílias como projectos de vida: o desenvolvimento de competências resilientes na conjugalidade e na parentalidade. *Saber (e) Educar*. Vol. 11 (2006), p. 41-47.

SOUSA, L. D.; GOMES, G. C.; SANTOS, C. P.- Percepções da equipe de enfermagem acerca da importância da presença do familiar/acompanhante no hospital. *Revista de Enfermagem UERJ*. Vol. 17, n.º 3 (Jul. - Set. 2009), p. 394-399.

SOUSA, V.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. - Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem. Parte I: Desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 15, n.º 3 (Mai. - Jun. 2007), p. 502-507.

SQUASSANTE, N. D.; ALVIM, N. A. T. - Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 62, n.º 1 (Jan. - Fev. 2009), p. 11-17.

STANHOPE, M. - Teorias e Desenvolvimento Familiar. In STANHOPE, M.; LANCASTER, J. - *Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa: Lusociência, 1999, p. 492-514.

STEDFORD, A. - *Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

STEFANELLI, M.; CARVALHO, E. - *A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem*. São Paulo: Editora Manole Lda, 2005.

SUTHERLAND, V. J.; COOPER, C. L. - *Understanding stress: a psychological perspective for health professionals*. 3<sup>rd</sup> ed. London: Chapman & Hall, 1990.

SVAVARDOTTIR, E. K. - Excellence in nursing: a model for implementing family systems nursing in nursing practice at an institutional level in Iceland. *Journal of Family Nursing*. Vol. 14, n.º 4 (Nov. 2008), p. 456-468.

TOSH-KENNEDY, T. - Daniel Savoie has expertise in both sides of health care. *The Canadian Nurse*. Vol. 104, n.º 1 (Jan. 2008), p. 32-34.

URSINY, T. - *Como lidar com os conflitos: soluções para aqueles que odeiam o confronto*. Lisboa: Sinais de Fogo, 2010.

VARGAS, M. - *Gestão de conflitos e desgaste profissional no bloco operatório: o caso dos enfermeiros*. Dissertação apresentada à Universidade Aberta, para a obtenção de grau de mestre em comunicação em saúde, Lisboa, 2010.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.; JACKSON, D. - *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interacção*. São Paulo: Cultrix, 1967.

WHO MINISTERIAL CONFERENCE ON NURSING AND MIDWIFERY IN EUROPE - *Munich Declaration : nurses and midwives : a force for health*. Copenhagen: WHO, 2000.

WRIGHT, L.; LEAHEY, M. - *Enfermeiros e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Roca Editora, 2005.

WRIGHT, L.; LEAHEY, M. - *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F. A. Davis, 1994.

WRIGHT, L.; LEAHEY, M. - Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 15 (1990), p. 148-154.

ZAGONEL, I. P. S. - O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 7, n.º 3 (Jul. 1999), p. 25-32.



## **ANEXOS**

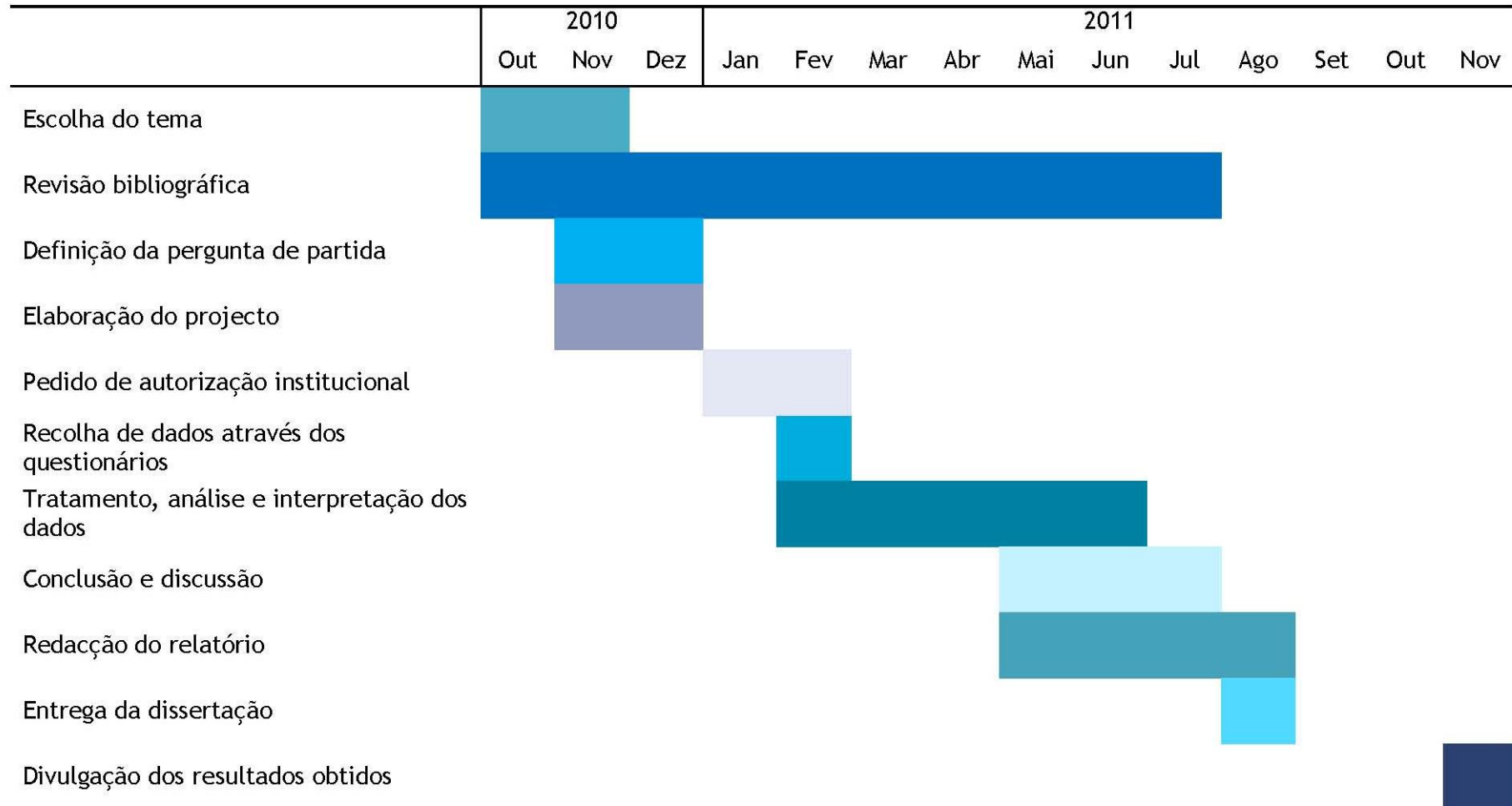


## **ANEXO I: CRONOGRAMA**





## Cronograma do trabalho de investigação: "A família - Atitudes do enfermeiro de reabilitação"





## **ANEXO II: QUESTIONÁRIO**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

## QUESTIONÁRIO

Eu, Salomé Sobral Sousa, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, estou a desenvolver um estudo denominado **“Um olhar sobre a atitude do Enfermeiro face à família – diferença do Especialista de Reabilitação”**, que se integra numa linha de pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família da ESEP.

É objectivo do estudo:

- Perceber a relação entre a atitude dos Enfermeiros face à família e o nível de stress e conflito vivenciado pelos profissionais, pela presença dos familiares no internamento.

O presente questionário destina-se aos Enfermeiros do Centro Hospitalar e está organizado em quatro grupos:

- Grupo I – Recolhe dados sócio-demográficos e profissionais;
- Grupo II – Avalia “A Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem – atitudes dos enfermeiros” através de escala traduzida e validada por Barbiéri, MC et al. (2009);
- Grupo III – Apresenta a “Escala de Stress profissional dos enfermeiros” de Santos e Teixeira (2008);
- Grupo IV – Expõe os estilos de gestão do conflito inerentes à prática profissional dos enfermeiros perante as famílias, através da versão portuguesa do Rahim Organizacional Conflict Inventory (ROCI-II) de Rahim e Magner 1995, de Cunha et al. (2003).

Desde já solicito a colaboração no preenchimento deste questionário. Responda a todas as questões de forma sincera. O anonimato e a confidencialidade são garantidos. Em caso de dúvidas, poderá contactar o investigador para o seguinte e-mail: [salome.sobral.sousa@gmail.com](mailto:salome.sobral.sousa@gmail.com).

**I – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS**

IDADE  SEXO M ☐ F ☐

**TÍTULO PROFISSIONAL**

Enfermeiro ☐ Enf. Especialista de Reabilitação ☐ Enf. com Outra Especialidade ☐

**EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

Anos de Experiência Profissional

**HABILITAÇÕES ACADÉMICAS**

Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐

**FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA**

Sim ☐

Contexto Académico ☐ Formação Contínua ☐ Auto Formação ☐

Não ☐

**EXPERIÊNCIAS ANTERIORES COM FAMILIARES GRAVEMENTE DOENTES**

Sim ☐ Não ☐

## II – Escala sobre “A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM – ATITUDES DOS ENFERMEIROS (IFCE-AE)” de Barbiéri, MC et al. (2009)

Este instrumento permite avaliar as atitudes dos enfermeiros sobre a importância de cuidar famílias. Assinale por favor a sua opinião com **X** – na coluna 1 (discordo completamente), 2 (discordo), 3 (concordo) ou 4 (concordo completamente).

	1	2	3	4
1. É importante saber quem são os membros da família do utente				
2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho				
3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4. Os membros da família devem ser convidados a participar activamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.				
5. A presença de membros da família é importante para mim como Enfermeira (o)				
6. No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente				
7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.				
8. Não tenho tempo para cuidar das famílias				
9. Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro				
10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho				
11. Os membros da família devem ser convidados a participar activamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente				
12. Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente				
13. A presença de membros da família é importante para os mesmos.				
14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados				
15. Convido os membros da família a participar activamente nos cuidados ao utente.				
16. Pergunto às famílias como as posso apoiar				
17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
18. Considero os membros da família como parceiros				
19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente				
20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil				
21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho				
22. É importante dedicar tempo às famílias				
23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar				
24. Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados				
25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação				
26. A presença de membros da família deixa-me em stress				



### III – “ESCALA DE STRESS PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS” de Santos e Teixeira (2008)

Esta escala descreve situações que no hospital têm sido identificadas como causadoras de stress para os enfermeiros no desempenho das suas funções e avalia a frequência com que estes momentos são percebidos como stressantes por estes profissionais. Assinale com um **X** o ponto da escala que mais se adequa à sua resposta. Não é pedido que diga com que frequência as situações abaixo ocorrem no serviço, mas para cada uma qual a frequência com que a sente como stressante – **coluna 1 (nunca), 2 (ocasionalmente), 3 (frequentemente) ou 4 (muito frequentemente).**

	1	2	3	4
1. Avaria informática				
2. Ser criticado por um médico				
3. Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos				
4. Sentir-se impotente quando um doente não melhora com os tratamentos				
5. Conflito com um superior hierárquico				
6. Conversar com o doente sobre a proximidade da sua morte				
7. Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa, acerca dos problemas do serviço				
8. A morte de um doente				
9. Conflito com um médico				
10. Receio de cometer erros ao tratar de um doente				
11. Falta de oportunidade, para partilhar experiências e sentimentos com outros membros da equipa do serviço				
12. A morte de um doente, com quem se desenvolveu uma relação de proximidade				
13. Ausência do médico quando um doente morre				
14. Desacordo em relação ao tratamento de um doente				
15. Sentir falta de preparação para apoiar a família do doente, nas suas necessidades emocionais				
16. Falta de oportunidade para exprimir, junto de outros membros da equipa, os sentimentos negativos sobre o doente				
17. Informação inadequada fornecida pelo médico em relação à situação clínica do doente				
18. Não ter resposta adequada para uma questão colocada pelo doente				
19. Tomar uma decisão no que diz respeito ao tratamento do doente				
20. Ser mobilizado para outro serviço para suprir falta de pessoal				
21. Ver um doente em sofrimento				
22. Dificuldade em trabalhar com um enfermeiro (ou enfermeiros) em particular, de outro serviço				
23. Sentir falta de preparação para dar apoio às necessidades emocionais do doente				
24. Receber críticas de um superior hierárquico				
25. Alterações inesperadas no horário e no plano de trabalho				
26. Prescrições médicas aparentemente inapropriadas para um tratamento de um doente				
27. Demasiadas tarefas fora do estrito âmbito profissional, tal como trabalho administrativo				
28. Falta de tempo para dar apoio emocional ao doente				
29. Dificuldade em trabalhar com um enfermeiro (ou enfermeiros) em particular, do mesmo serviço				
30. Falta de tempo para executar todas as actividades de enfermagem				
31. Ausência de um médico durante uma situação de emergência médica				
32. Não saber o que deve ser dito ao doente e à sua família acerca do seu estado e do tratamento				
33. Dúvidas em relação ao funcionamento de determinado equipamento especializado				
34. Falta de pessoal para cobrir de forma adequada as necessidades do serviço				

#### IV – “VERSÃO PORTUGUESA DO RAHIM ORGANIZACIONAL CONFLICT INVENTORY (ROCI-II)” de Rahim e Magner 1995, validada por Cunha et al. (2003)

Este instrumento permite identificar os estilos de gestão do conflito inerentes à prática profissional dos enfermeiros perante os familiares dos utentes. Assinale com **X** a opção que melhor se adequa à sua actuação – na coluna 1 (discordo fortemente), 2 (discordo), 3 (indiferente), 4 (concordo) ou 5 (concordo fortemente).

	1	2	3	4	5
1. Perante uma dificuldade de trabalho com um familiar do utente, tento analisar a situação com ele, para encontrar uma solução aceitável para ambos					
2. Perante um problema de trabalho, geralmente tento satisfazer as necessidades do familiar do utente					
3. Perante um conflito com o familiar do utente, procuro evitar que me coloquem numa situação difícil e tento não implicar ninguém no problema					
4. Perante uma situação problemática com o familiar do utente, tento integrar as minhas ideias e as suas, para alcançar uma decisão conjunta					
5. Procuro analisar com o familiar do utente as soluções para os problemas que nos beneficiem a ambos					
6. Quando se trata de problemas de trabalho, de um modo geral, evito discutir abertamente com o familiar do utente					
7. Procuro encontrar caminhos intermédios no intuito de avançar para uma solução					
8. Procuro utilizar todos os recursos ao meu alcance, para que as minhas ideias sejam aceites					
9. Uso o meu prestígio profissional e autoridade conferida, para pressionar em meu favor					
10. Geralmente, actuo como deseja o familiar do utente					
11. Usualmente, acato os desejos do familiar do utente					
12. Perante uma situação problemática com o familiar do utente, a informação que troco com ele é sempre verdadeira					
13. Perante uma dificuldade de trabalho com o familiar do utente, geralmente faço-lhe concessões					
14. Usualmente, proponho um caminho intermédio, para romper com os pontos mortos (impasses)					
15. Perante problemas de trabalho, procuro conseguir acordos com o familiar do utente					
16. Tento não mostrar desacordo com o familiar do utente					
17. Evito confrontos com o familiar do utente					
18. Uso os meus conhecimentos e experiência profissional, para que as decisões me favoreçam					
19. No trabalho, de um modo geral, acato as sugestões do familiar do utente					
20. Ao procurar soluções para um problema de trabalho com o familiar do utente, por vezes, tenho de ceder um pouco para conseguir algo					
21. Perante uma situação problemática com o familiar do utente, geralmente mostro-me firme para impor o meu ponto de vista					
22. Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, procuro colocar claramente os nossos interesses para que o problema seja resolvido da melhor forma possível					
23. Colaboro com o familiar do utente, para chegar a soluções aceitáveis para ambos					
24. No trabalho, tento satisfazer as expectativas do familiar do utente					
25. Algumas vezes, uso todos os recursos ao meu alcance, para ganhar numa situação de competição com o familiar do utente					
26. Procuro não mostrar o meu desacordo com o familiar do utente, para evitar problemas					
27. Tento evitar situações aborrecidas e desagradáveis com o familiar do utente					
28. Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, tento analisar conjuntamente a situação, para conseguir uma compreensão adequada do mesmo					

Grata pela colaboração

Salomé Sobral Sousa



### **ANEXO III: APROVAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO**



Para:	ENF.ª EUNICE SALOMÉ SOUSA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA	De:	PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
<hr/>		<hr/>	
Fax:		Data:	20 DE JANEIRO DE 2011
<hr/>		<hr/>	
Tel.:		Págs.:	
<hr/>		<hr/>	
Ref.:	<b>N/ REF.ª 266/10(178-DEFI/NA-CES)</b> CC:		
<hr/>			
<input checked="" type="checkbox"/> Urgente	<input type="checkbox"/> Apreciar p.f.	<input type="checkbox"/> Comentar p.f.	<input type="checkbox"/> Responder p.f.
	<input type="checkbox"/> Fazer circular p.f.		

**ASSUNTO:** Trabalho Académico - “Um olhar sobre a atitude do Enfermeiro face à família - diferença do Especialista de Reabilitação”

Em resposta ao solicitado por V.ª Ex.ª, em carta datada de 23 de Dezembro de 2010, informo que, após apreciação por parte do Gabinete Coordenador de Investigação/DEFI, foi emitido **parecer favorável** sobre o assunto em epígrafe pelo que nada há a opor à realização do mesmo nesta Instituição, em todos os serviços de prestação de cuidados, sendo Investigadora Principal a Enf.ª Eunice Salomé Alves Sobral de Sousa.

Cumprimentos,

Presidente do Conselho de Administração

\* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.<sup>a</sup>.

